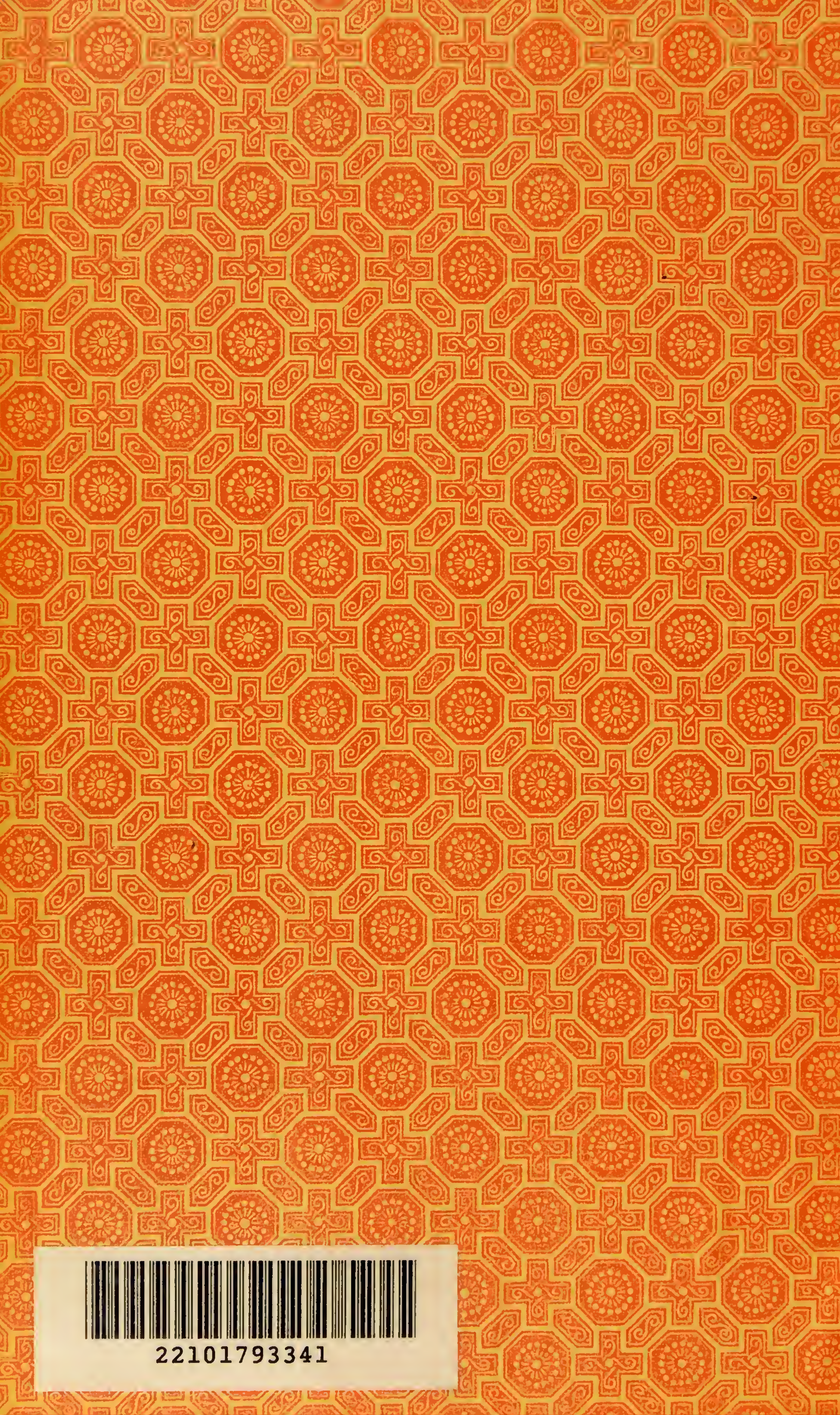


MANUAL DE GINECOLOGIA OPERATORIA

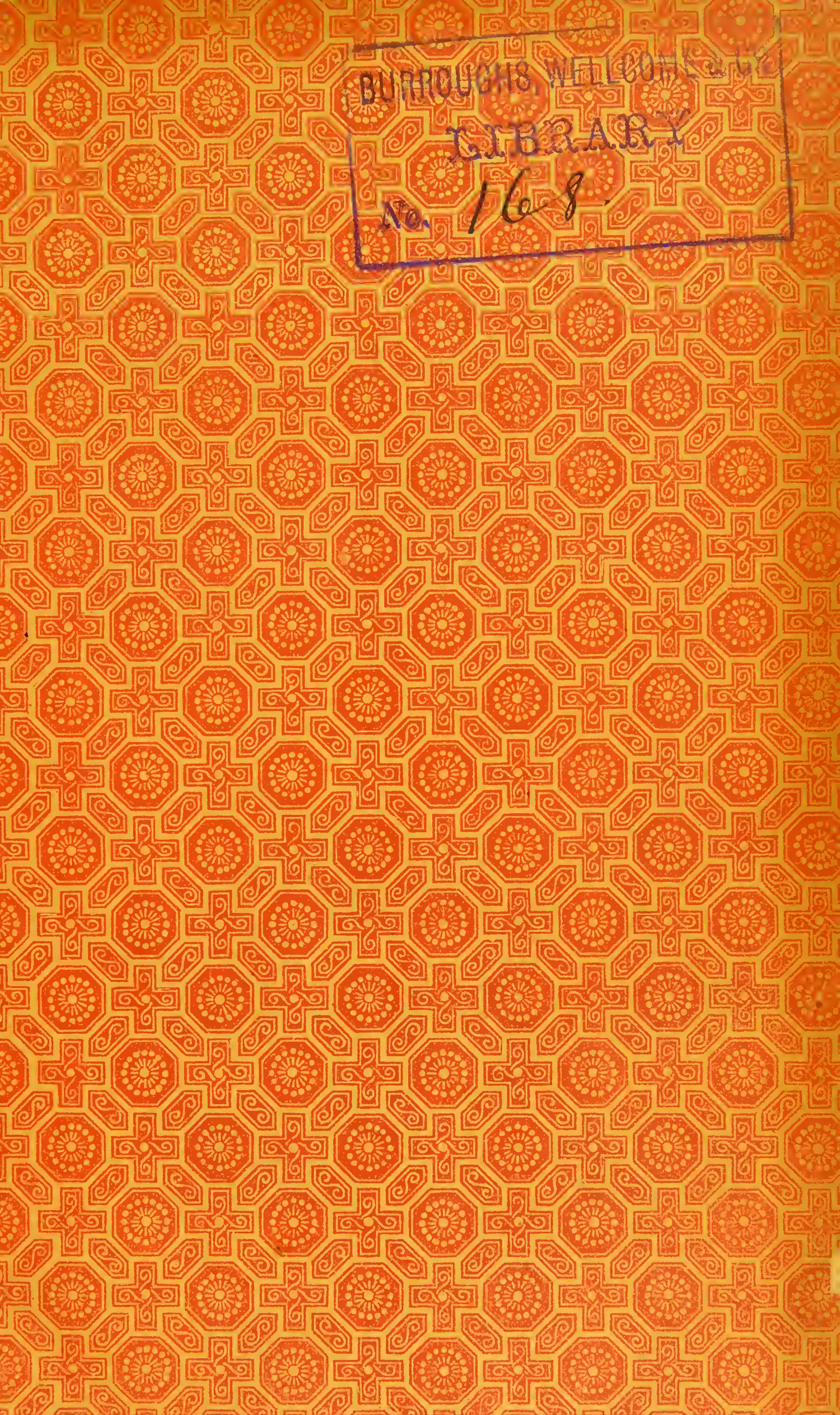
POR EL DOCTOR

F. VIDAL SOLARES

1892



22101793341


BURROUGHS, WELLCOME & Co
LIBRARY
No. 168.

MANUAL
DE
GINECOLOGÍA OPERATORIA

POR EL DOCTOR

F. VIDAL SOLARES

Profesor libre de Obstetricia;
Doctor en Medicina y Cirugía de las Facultades de Madrid y París; Miembro corresponsal
de las Sociedades Anatómica y Francesa de Higiene, de París; de la Sociedad de Higiene de Turín;
Socio honorario de la Academia Médico-Quirúrgica Jerezana,
premiado por la misma con medalla de oro; Sócio corresponsal de la Real
Academia de Medicina de Madrid y de Barcelona,
de la Médico-Quirúrgica y de la Ginecológica Española, del Ateneo Antropológico;
Sócio numerario de la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona;
Antiguo externo, por oposición, de
los Hospitales de París; Autor laureado con medalla de plata
por la Real Academia de Madrid.

Multitud de grabados ilustran el texto



BARCELONA
LIBRERÍA DE E. PUIG
Plaza Nueva, núm. 5

MADRID
Adm. de la Rev.ª de Med. y Cir. Prácticas
Pizarro, núm. 13

1891



DE LOS

DIVERSOS MÉTODOS Y MEDIOS EXPLORATORIOS

DE LA MATRIZ

Conocida de todos los médicos, la importancia que tiene en Ginecología la exploración de la matriz, vamos á exponer los principales métodos que podemos utilizar para la perfecta investigación del órgano gestador.

Entre los medios que tenemos á nuestra disposición, citaremos: *la inspección por medio de la vista, mensuración, palpación, percusión, auscultación, tacto, speculum, cateterismo y la dilatación del cuello uterino.*

Con la asociación de algunos de estos diferentes medios de investigación, podemos formular un diagnóstico racional.

EXPLORACIÓN EXTERNA

I.—*Inspección*

Este medio explorador presta buenos servicios, si bien es cierto que su importancia es secundaria, puesto que no nos permite diagnosticar la afección uterina, á no ser que este órgano y sus anexos, estén grandemente hipertrofiados.

Por la *inspección,* podremos apreciar la distensión de las paredes abdominales, la coloración de la línea media, la depresión umbilical y las grietas debidas á la dislaceración de las mallas que forman la capa de Malpigio.

En muchas ocasiones hemos podido indicar nuestras sospe-

chas de una afección uterina, por la simple exploración visual del abdómen, viniendo á corroborar nuestra creencia la inspección directa de la matriz.



II.—*Mensuración*

La mensuración del vientre tendrá una importancia real siempre y cuando se practique en diferentes épocas; de no, se expone uno á tomar por permanente lo que tal vez sea transitorio. Por medio de este examen, podemos hacernos cargo de los cambios de volumen que se produzca en los órganos de la cavidad abdominal.

Los puntos fijos que se suelen elegir para practicar la mensuración son: el apéndice xifóides, las dos espinas iliacas anteriores y superiores, y la cicatriz umbilical: cuando se tome la circunferencia del vientre, conviene servirse de una cinta inextensible, procurando hacerla pasar por el ombligo.

Por medio de la sonda uterina podemos apreciar las dimensiones de la cavidad de la matriz; más, siendo este medio de exploración de gran utilidad práctica, lo desarrollaremos *in extenso* en el capítulo *cateterismo* uterino, concretándonos, ahora, á dar á conocer la mensuración de la porción intra-vaginal del cuello.

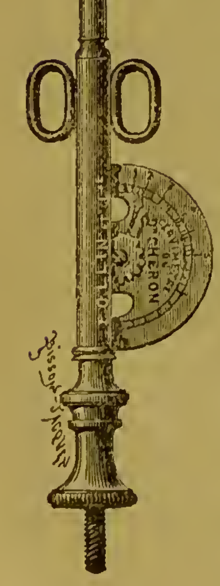


Fig. 1.ª

El instrumento mejor perfeccionado para dicha mensuración, es sin duda alguna el cervímetro de nuestro amigo y comprofesor M. Chéron, de París (véase el grabado 1.º)

Dicho cervímetro está compuesto de un tubo hueco, terminando en dos ramas encorvadas y de punta obtusa, las cuales se separan una de otra á

voluntad, por medio de un vástago metálico encerrado dentro del mencionado tubo y puesto en relación con un semicírculo graduado que existe en su parte inferior.

El máximum de separación de las ramas de este cervímetro, es de seis centímetros, por ser el límite que ha fijado Chéron á los cuellos más abultados que ha podido examinar.

Para hacer uso de este instrumento, conviene poner en descubierto el cuello de la matriz por medio del speculum: el que mejor se presta para esta exploración es, á nuestro modo de ver, el de Bouveret ó el de Gemrig, por estar provistos de una escotadura lateral que permite manejar el cervímetro con mayor facilidad.

Con este instrumento se obtienen las medidas, que el ginecólogo desea, del volumen del hocico de tenca, en sus diámetros anterior, posterior y trausverso, pudiendo precisar así los cambios que dicha porción uterina experimenta con motivo del embarazo, menstruación, etc., pero no sirve para determinar su longitud intra-vaginal. Para obtener esta medida haremos uso del histerómetro, profundizándolo hasta el fondo del saco vaginal anterior ó posterior, según sea el lábio del cuello uterino que queramos medir, y se hará bajar el nudo corredizo,—de que está provisto el histerómetro—hasta el mismo lábio.

Para dar una idea clara de los cambios á que está sujeta esta porción uterina, recordaremos que en el estado normal y en la nulípara, el cuello presenta un diámetro de 20 á 24 milímetros, al nivel de la inserción vaginal: este diámetro va aumentando en relación directa del número de partos. La porción saliente del cuello de la matriz es de un centímetro en la mujer que nunca ha parido, y va borrándose paulatinamente á medida que se suceden las gestiones.

III.—*Palpación hipo-gástrica*

La palpación abdominal, por sí sola, es un medio exploratorio poco eficaz para esclarecer el diagnóstico de las inflamaciones agudas intra-pelvianas, pero cuando se le asocia el tacto vaginal, nos presta grandes servicios. Podemos hacer resbalar la matriz por delante del dedo que practica el tacto, apreciando así el volumen del órgano gestador; sirve también para fijar esa víscera interín se van adquiriendo las modificaciones que presenta la parte inferior y posterior del cuerpo de la matriz. En fin, reunido con el tacto rectal, puede darnos, aproximadamente, la medida del diámetro antero-posterior de la matriz, y deprimir en sentido de este diámetro el cuerpo de dicho órgano.

La palpación puede practicarse estando la mujer en *pié* ú *horizontalmente* colocada.

Son tales los inconvenientes que encontramos para practicar la palpación que podríamos llamar *vertical*, que únicamente la hemos llevado á efecto en dos casos en los que no había ni banco, ni sofá, ni mueble que pudiera llamarse situado en estado horizontal, en el cuarto donde examinábamos á la mujer. La única precaución que aconsejamos tomar en casos iguales, es hacer que la paciente guarde su punto de apoyo sólido en algún mueble ó en el mismo muro, haciéndola inclinar el cuerpo adelante para que los músculos abdominales estén relajados.

Las ventajas inherentes á la palpación horizontal, nos servirán de crítica respecto á la que se efectúa estando la mujer en situación vertical.

Para la *palpación horizontal*, se colocará la enferma en decúbito supino, la cabeza algo elevada, las piernas y muslos en semiflexión, estando éstos algo separados, con objeto de permitir cierta relajación á los músculos de la región hipogástrica; es muy conveniente elevar algo la pélvis, de manera que forme

un plano inclinado, con el horizonte, de unos 40 á 45 grados. Claro está que con esta posición la matriz estará más cerca de la cicatriz umbilical, y por esa misma razón se explorará más fácilmente.

Conviene advertir que la palpación hipogástrica efectuada tal como acabamos de referir suele ser dolorosa.

Para practicar esta palpación, aconsejamos colocar una mano transversalmente por encima del púbis, y con la otra investigar las fosas ilíacas para cerciorarnos de la integridad de los ovarios y de las trompas de Falopio; luego se examinará la parte media del hipogastrio, y encontraremos un cuerpo oval que representa el fondo del útero. Durante ese examen conviene que la mano del práctico vaya explorando con suma delicadeza, de no, se expone á que la paciente se niegue á que concluya de practicar sus investigaciones.

Cuando el ginecólogo quiera asociar mútuamente el tacto vaginal á la palpación hipogástrica, es preciso que la enferma esté en decúbito supino sin tener elevada la pelvis, puesto que, si dicho cinturón óseo estuviese formando el plano inclinado que precedentemente hemos indicado, el cuello de la matriz no sería accesible por el tacto vaginal.

Al palpar el abdómen nos haremos cargo del grado de calor de sus paredes y de la región en donde exista mayor cúmulo de calórico, puesto que ese dato es importante para el diagnóstico de ciertas inflamaciones de los órganos alojados en la pélvis.

Las numerosas observaciones que hemos visto recoger al ilustrado médico del Hospital de la *Pitié*, de París, el profesor Peter, nos han demostrado con evidencia—termómetro en mano—la justicia de sus apreciaciones.

Antes de efectuar la palpación abdominal, es necesario evacuar la orina que contenga la vejiga; para ello nos valdremos del cateterismo de dicho reservorio. Cuando este requisito no tiene lugar, la enferma acusa agudísimos dolores por mucho

cuidado que se tenga al practicar la palpación, y además, puede confundirse el verdadero estado de la matriz ó de sus anexos, si tan distendida está, por una gran cantidad de orina.

IV.—*Percusión*

La percusión del vientre en el estado normal, nos revela cierta sonoridad decidida á la presencia de asas intestinales. Sin embargo, encuéntrase una ligera macicez, que no excede unos cuatro centímetros por encima de la sínfisis púbica; esta submacicez es debida á la presencia del cuerpo de la matriz. Nótase mayormente en las mujeres multíparas, por el aumento que ha adquirido el órgano gestador durante los diversos embarazos. Al practicar la percusión hipogástrica, conviene que la vejiga esté libre de orina para que no haya confusión en nuestro examen. Cuando la macicez se extiende por otras regiones, nos hará sospechar el estado anormal del útero, ovarios, ligamentos, etc.

V.—*Auscultación*

Por medio de la auscultación abdominal, podemos descubrir—cuando un tumor comprime una de las arterias del abdómen—ciertos ruidos que han recibido el nombre de *soplo uterino*.

Cuando la mujer está en cinta, apercíbese además del soplo uterino, llamado *placentario*, los latidos cardíacos del feto. Por lo tanto, siempre que existiendo un tumor abdominal, se noten los ruídos del corazón del feto, y el útero esté en estado de vacuidad, podremos diagnosticar la gestación extra-uterina.

EXPLORACIÓN INTERNA

I.—*Tacto vaginal*

La exploración de los órganos genitales internos por medio del dedo, ha recibido la denominación de tacto.

La exploración interna, es sin duda, la que suministra los datos más positivos, y, casi sólo con ella, podemos llegar á formular un buen diagnóstico.

Aran dice que, «si de los diversos métodos exploratorios, le diesen á elegir únicamente uno, se decidiría por el tacto, antes que por el examen con el espéculum.»

La importancia de la exploración por medio del tacto, es grande. En efecto, por el tacto vaginal podemos apreciar la situación y dirección de los órganos sexuales; el mayor ó menor volumen, el estado de sensibilidad, la consistencia del cuello y cuerpo del útero; la presencia, forma y sitio de producciones neoplásticas y cuerpos extraños, *item* más, las diversas modificaciones patológicas apreciables á este sentido.

Por medio del tacto rectal y vesical, el ginecólogo podrá completar las nociones adquiridas por el tacto vaginal.

Con frecuencia nos es difícil obtener el consentimiento de las enfermas para practicar la exploración interna: ese pudor mal entendido, es la manifestación de sus sentimientos naturales.

Hé aquí las reglas de conducta, que hemos oído referir á nuestro ilustrado maestro, el reputado ginecólogo de París, Mr. Gallard y que constan en la última edición de sus lecciones clínicas para conseguir que las enfermas, ya que no piden el examen de sus órganos genitales, accedan á nuestras indicaciones.

«Acordaos bien que os es necesario, á la vez obtener el consentimiento de vuestra enferma y evitar pedírselo. Sí, médico joven, os valeis de mil rodeos para pedir á una mujer, joven aun, la autorización para practicar en ella tocamientos contra los que el pudor se revela forzosamente, estad seguros con anticipación que sufriréis una negativa irrevocable. Que si, al contrario, mostráis por vuestra actitud que, el examen á que vais á entregaros no tiene nada de insólito para vos; si permanecéis con calma, grave y digno; si después de haber tomado el pulso, auscultado el pulmón y el corazón, palpáis el vientre y pedís sencilla y naturalmente lo que es necesario, para practi-

car el tacto, la mujer no pensará que detrás del médico que la examina, puede encontrarse un hombre, y se abandonará sin resistencia á todas las exploraciones que juzgará útiles.

»En todo caso, retened bien esto: que las exploraciones de que se trata, no deben nunca proponerse á las enfermas á la ligera, y sin necesidad bien demostrada. El médico que se respete, no debe, pues, reclamarlas, sino cuando las juzgue absolutamente indispensables; pero también, á partir desde el momento en que las ha pedido, no le es permitido renunciar á ellas, bajo la pena de comprometer gravemente su autoridad moral. En frente de una negación invencible, no hay más que una sola línea de conducta que seguir: la de abstenerse de formular un tratamiento cualquiera; pero haciendo comprender bien que, si se obra así, es únicamente porque no es posible combatir eficazmente una enfermedad desconocida; y que un tratamiento establecido en estas condiciones, podría ser, no solamente ineficaz, sino hasta perjudicial.

»Es necesario, sobre todo, evitar tanto el hacer instancias muy vivas á la enferma, para tratar de decidirla, como dirigirle reproches con motivo de su negativa. Una actitud fría y reservada, unida á la vez á una gran firmeza y benevolencia, es; en semejante caso, la conducta verdaderamente conveniente y digna, es la única que puede hacer comprender, claramente, á una mujer cuán exagerados son sus escrúpulos, y dejar la posibilidad de pensar en una determinación de la que quizá tenga que arrepentirse.»

El tacto se practica, comunmente, con el índice de la mano derecha, é importa mucho educar los de ambas manos, puesto que hay casos en que debe emplearse la mano izquierda, ya por motivo de la disposición del lecho, ya por el sitio de ciertas lesiones; y, para poder examinar con mayor minuciosidad cada uno de los fondos de saco útero-vaginales izquierdo ó derecho, con sus respectivos índices.

Con objeto de facilitar el tacto, y de impedir al mismo

tiempo cualquier contagio con los flujos de ciertas cavidades, es conveniente que el dedo que va á explorar, esté convenientemente untado con un cuerpc graso, cual es el aceite, colcream, vaselina, etc., conviene, no obstante, que estas substancias sean incoloras, para poder apreciar las cualidades de ciertos flujos.

El tacto vaginal puede practicarse estando la mujer en *pié* ó *acostada.*



Fig. 2.

Situación, dirección y relaciones del útero con los órganos de la pelvis.

Para practicar este examen estando la mujer en *pié,* se le aconsejará que guarde la misma posición que hemos indicado para la palpación, estando la paciente en situación vertical.

Cuando se practica el tacto vaginal estando la mujer acostada, se la colocará en decúbito dorsal, los muslos en flexión, aconsejando que este movimiento sea más forzado en el muslo opuesto del lado en que se encuentra el médico, con objeto de

facilitarle el examen; si los colchones en que descansa la enferma son muy blandos, conviene colocarla una almohadilla en el sitio correspondiente á su pelvis, para que ésta no se hunda, dificultando así la exploración.

Previamente untado el índice con una substancia oleosa, el cirujano debe levantar las ropas—sin descubrir á la mujer—y colocará la mano y antebrazo entre los muslos de ella; en esta situación pondrá el pulgar en abducción y presentará á la vulva, en dirección á su gran eje, el borde radial del índice extendido, colocando los otros tres dedos en flexión sobre la palma de la



Fig. 3.

mano. En este momento hará describir á la muñeca un arco de círculo de atrás adelante, con objeto de hacer deslizar la pulpa del índice hacia adelante hasta llegar á la horquilla, é introducirlo en el orificio vulvar. Una vez el dedo en la vulva, imprimirá más acentuadamente el movimiento de arco de círculo de la muñeca, y empujará el dedo, procurando seguir la dirección del canal vaginal.

Durante la introducción del dedo, el ginecólogo tiene que ir investigando por medio de movimientos laterales, el estado de

las paredes de la vagina; se explorará luego el cuello de la matriz, su labio anterior, su orificio, el labio posterior, la circunferencia, volumen y por último los fondos de saco útero-vaginales.

Una vez que el índice ha penetrado profundamente en la vagina, el pulgar debe abandonar la abducción forzada, y se colocará en flexión de manera que venga á colocarse en el pliegue génito-uretral; los otros tres dedos de la mano se extienden, y la conmisura que separa el índice del medio, se pone en relación con la horquilla (véase la fig. 3).

La colocación de los dedos tal como acabamos de describir, permite que el índice examine con mayor comodidad las modificaciones ó estados patológicos del hocico de tenca.

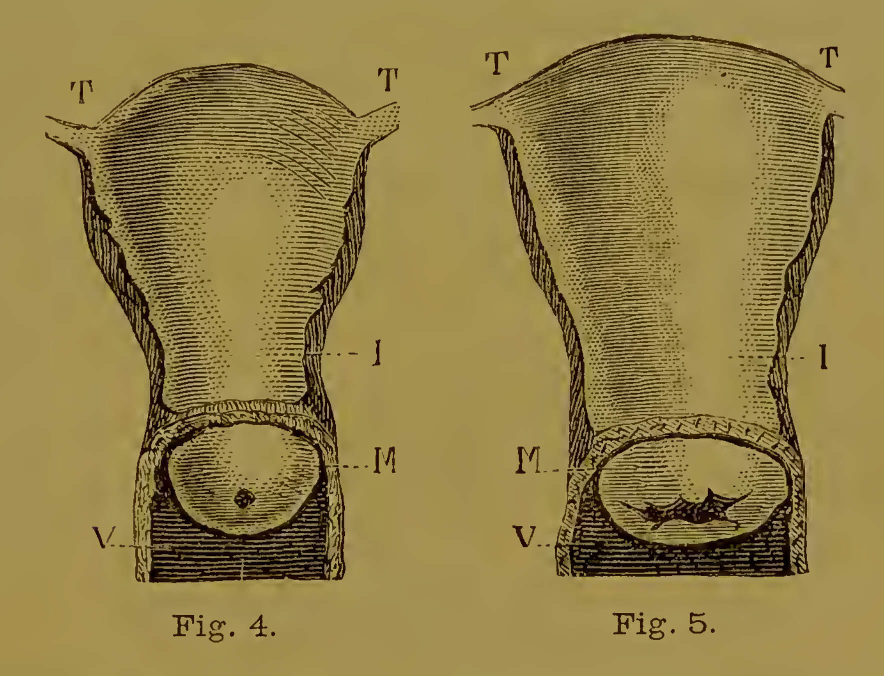


Fig. 4. Fig. 5.

Algunas veces, conviene practicar el tacto vaginal con el dedo medio é índice al mismo tiempo, y en otras ocasiones el médico se ve precisado á explorar los órganos internos con toda la mano. Si la paciente acusare grandes dolores, se la puede cloroformizar para poderla examinar detenidamente.

La exploración manual de la vagina en las vírgenes, se llevará á efecto siempre y cuando presumamos la existencia de una lesión en su matriz ó anexos. La presencia del himen no es obstáculo para prescindir de dicho examen; con objeto de que

dicha membrana esté relajada y por lo tanto sea más fácil su exploración, se aconsejará á la paciente, que coloque sus miembros abdominales en extensión: convenientemente engrasado el dedo y con ligeros movimientos de espiral, el médico llegará á practicar el tacto vaginal sin el menor obstáculo.

El cuello uterino de las vírgenes, presenta la forma (véase fig. 4) de un cono con la base vuelta arriba y la punta redondeada abajo. Con un poco de atención, se percibe en su extremidad la fosita formada por el orificio externo: apoyando sobre ella el dedo, experimenta una sensación análoga á la que le da la presión ejercida, sobre la extremidad del lóbulo de la nariz. La abertura central del hocico de tenca, es regular y redondeada en la mujer que nunca ha parido.

Cuando la mujer es multípara, el cuello es más voluminoso, más corto y más cilíndrico; la abertura es más lineal y dirigida transversalmente. Alrededor de esta abertura se notan numerosos surcos, resultantes de los desgarros producidos por el paso del feto al través de dicha abertura (véase fig. 5).

La abertura del hocico de tenca es tanto mayor, cuanto más numerosos han sido los partos.

II.—*Tacto rectal*

Aconsejaremos el tacto rectal, todas las veces que no se pueda efectuar la exploración vaginal, ó cuando los datos adquiridos por este último examen sean dudosos y no se pueda completar el diagnóstico.

Este medio exploratorio es más penoso todavía que el vaginal, de ahí resulta que, interrogadas las pacientes por su médico para que les dé su autorización para llevarle á efecto, casi siempre se niegan á ello.

Repetidas veces hemos visto practicar el tacto rectal á M. Gallard, sin prevenir á la mujer, como si dicho exámen fuera el complemento necesario á la exploración, y, las interesadas absortas por dicha investigación, no se han opuesto en

lo más mínimo al oir la voz de dicho ginecólogo, diciéndoles, *ha sido conveniente*.

Los tumores implantados en la pared posterior de la matriz, se exploran minuciosamente por medio del tacto rectal, como así mismo, todas las desviaciones del útero.

Para practicar este examen, la mujer se colocará en la misma posición que para el tacto vaginal: generalmente, se efectúa con el índice, pudiendo usar también el dedo medio, y en ciertas ocasiones la mano entera. Durante el curso escolar de 1879, el profesor Depaul, de París, rogó á Pozzi que le diese su opinión sobre el tumor uterino que presentaba una mujer embarazada que teníamos en la clínica de partos, y dicho agregado completó su diagnóstico, previo examen de la matriz por la vía rectal, introduciéndole la mano entera: la paciente estaba cloroformizada.

Recordamos este pasaje, para combatir la marcada aprensión que muchos prácticos tienen á tal exploración, usando la mano más ó menos desplegada.

Por el tacto rectal, se percibe mejor que por el vaginal, el estado de los ligamentos anchos y de los ovarios.

En algunas circunstancias conviene usar simultáneamente el tacto vaginal y el rectal para apreciar una lesión del tabique recto-vaginal.

EXAMEN POR MEDIO DEL ESPECULUM

La palabra especulum deriva del latín y significa, espejo. Por medio de este instrumento, exploramos las cavidades naturales; vamos á ocuparnos del especulum uterino, ó sea de aquel que nos permite explorar el cuello del útero y las paredes vaginales.

Conocído de los antiguos, puesto que Areteo, Pablo de Egina, Rhazés, Avicena Albucasis y otros diversos autores los describen bajo nombres diferentes, decayó más tarde en pleno olvido.

En 1812, Recamier tuvo la feliz idea de utilizarlo para diagnosticar las afecciones de la vagina y matriz, prestando así un gran servicio á la práctica ginecológica.

El primer especulum que hizo construir Recamier, se componía de un cilindro de estaño hueco, bien pulimentado interiormente, siendo su longitud de 16 centímetros; su orificio vulvar, medía cinco centímetros, y cuatro el uterino.

Este especulum fué modificado poco después, por el sabio Dupuytren, quien lo hizo recortar, reduciéndolo á la longitud de la vagina, y adicionándole un mango en ángulo recto, cerca del orificio externo.

Construyóse más tarde, este mismo modelo, con diversas substancias, tales: como plata, marfil, boj, porcelana, cristal, etcétera.

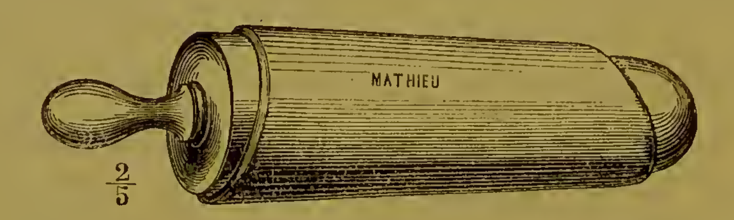


Fig. 6.

Especulum entero cilíndrico de boj

Por último Fergusson, lo hizo construir de cristal estañado, cubierto de una capa de caoutchouc endurecido (véase grab. 7).

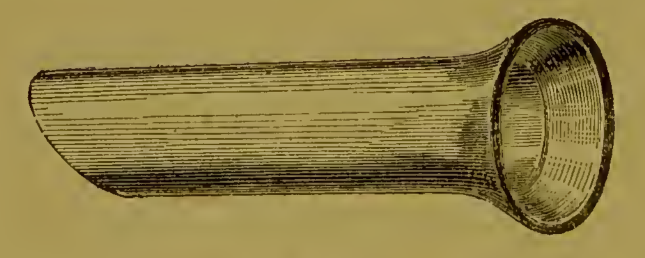


Fig. 7.

Especulum de Fergusson

El especulum de una sola pieza, presenta dos ligeros inconvenientes, como hace notar nuestro ilustrado compañero M. Sinety de París; en primer lugar, no puede adaptarse á todas las vaginas, puesto que las dimensiones de este conducto son muy

variables; hay necesidad, por lo tanto, de tener á nuestra disposición, toda una serie de diferentes tamaños. En segundo lugar, siendo sus proporciones fijas y en relación con el volumen del cuello uterino que se ha de examinar, resulta que su introducción por el anillo vulvar es difícil y dolorosa.

El verdadero especulum de Fergusson, tiene los rebordes de la extremidad uterina vueltos hacia dentro, para evitar que dichos bordes lastimen las paredes de la vagina. Esta extremidad está cortada en bisel para adaptarse con mayor comodidad al cuello uterino.

Los inconvenientes citados precedentemente, indujeron á diversos ginecólogos á idear otros especulums de muchas valvas tales como los de Ricord, Jobert, Cusco, Bouveret, Gemrig y otros.



Fig. 8.

Especulum de Jobert.

En 1833, Jobert (de Lamballe), demostró que un buen especulum tiene que dilatarse en su porción uterina á la par que estrecharse en su extremidad externa, é hizo construir á Charrière el especulum representado en el grabado 8; compónese de dos valvas semi-cilíndricas, encorvadas longitudinalmente con la convexidad interna; la articulación de estas valvas se halla más cerca de la extremidad uterina que de la vulvar. En estas condiciones, si las extremidades vulvares de las valvas se separan constituyendo así un cono truncado, las valvas uterinas se acercan y forman un cilindro regular; recíprocamente en el movimiento opuesto, las valvas uterinas se separan y las que

están en relación con la vulva forman, al contrario, por la unión de los bordes de las respectivas valvas, un cilindro largo; por

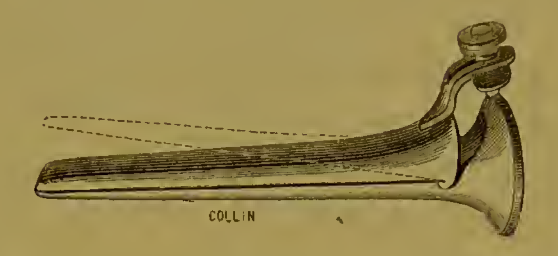
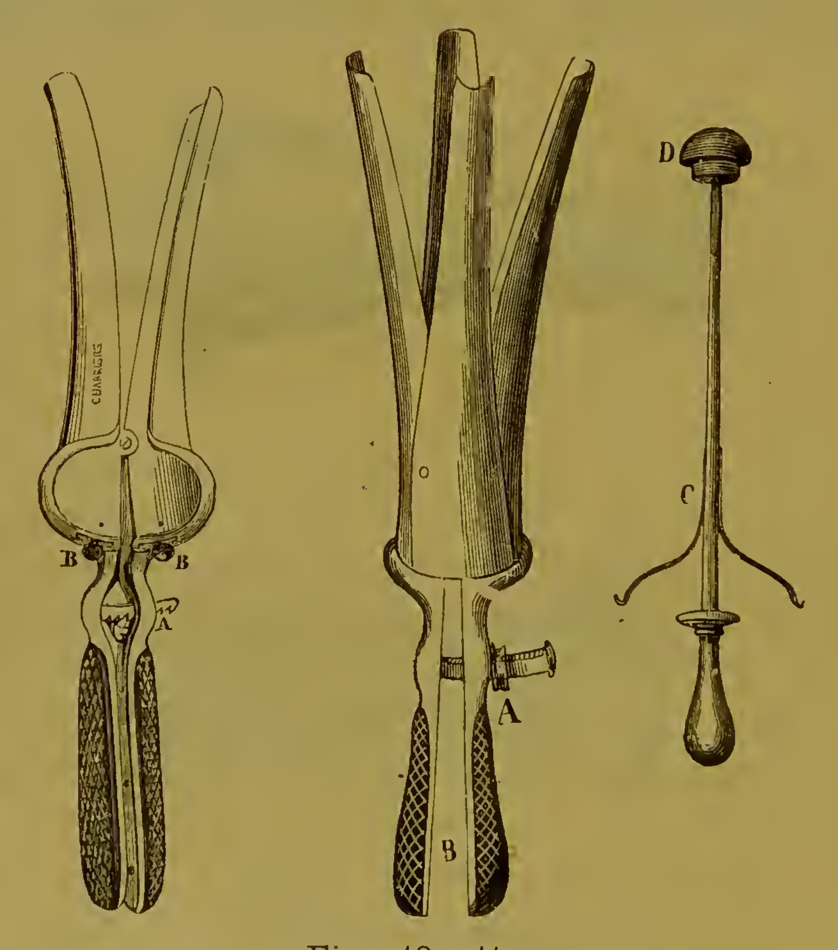


Fig. 9.

Especulum bibalbo para las vírgenes.

medio de una cremallera ingeniosamente colocada, se sostiene en esa posición, el especulum, sin que la enferma sufra la distensión vulvar.



Figs. 10 y 11.

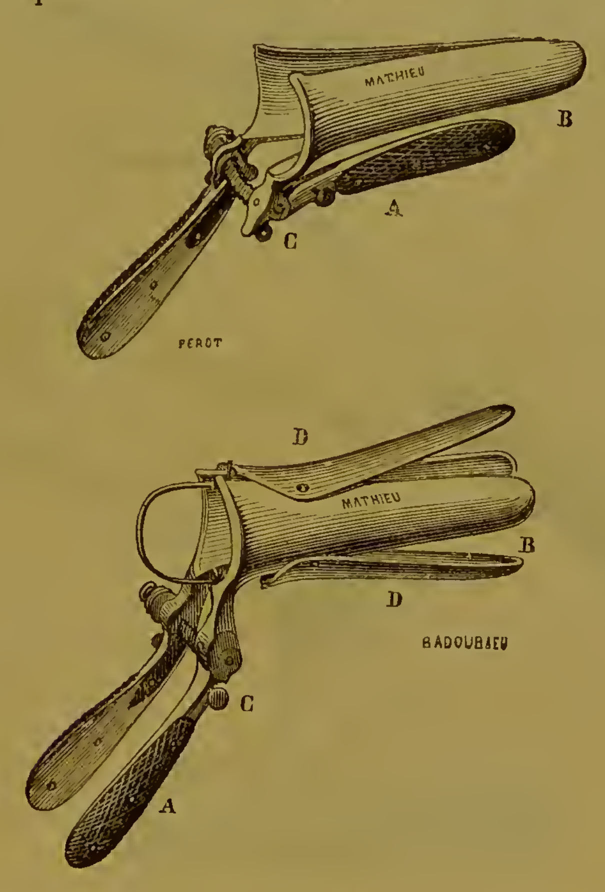
Especulum Ricort de 2 á 4 valvas.

En 1834, Ricord modificó el especulum de Jobert; teniendo

por regla que la vulva es inextensible, hizo construir la articulación de las valvas, en el especulum que lleva su nombre, figura 10, en relación mediata con el orificio vulvar.

Por lo tanto, el especulum Ricord está compuesto de dos valvas, formando cada media, una gotiera cilindro-cónica.

Este instrumento es sumamente útil para examinar los cuellos de la matriz en los casos de hipertrofia, pues es tan grande el ensanchamiento de su extremidad uterina, que rara vez deja de abarcar completamente el hocico de tenca.



Figs. 12 y 13.

Especulum Ricord modificado por Charrière, de 2 y 4 valvas, pudiéndose plegar sobre sus mangos.

Para impedir que los repliegues vaginales se proyectaran por la hendidura que deja libre las dos valvas, del especulum de Ricord, M. Charrière construyó otro con cuatro valvas, figura 12, con el que se explora fácilmente la extremidad inferior de la matriz.

Además, este especulum de cuatro valvas, puede reducirse á dos quitándole las complementarias.

La modificación introducida por Charrière en estos dos instrumentos, consistente en poder doblar sus mangos, es ventajosa para las curaciones á domicilio, pues facilita así su transporte.

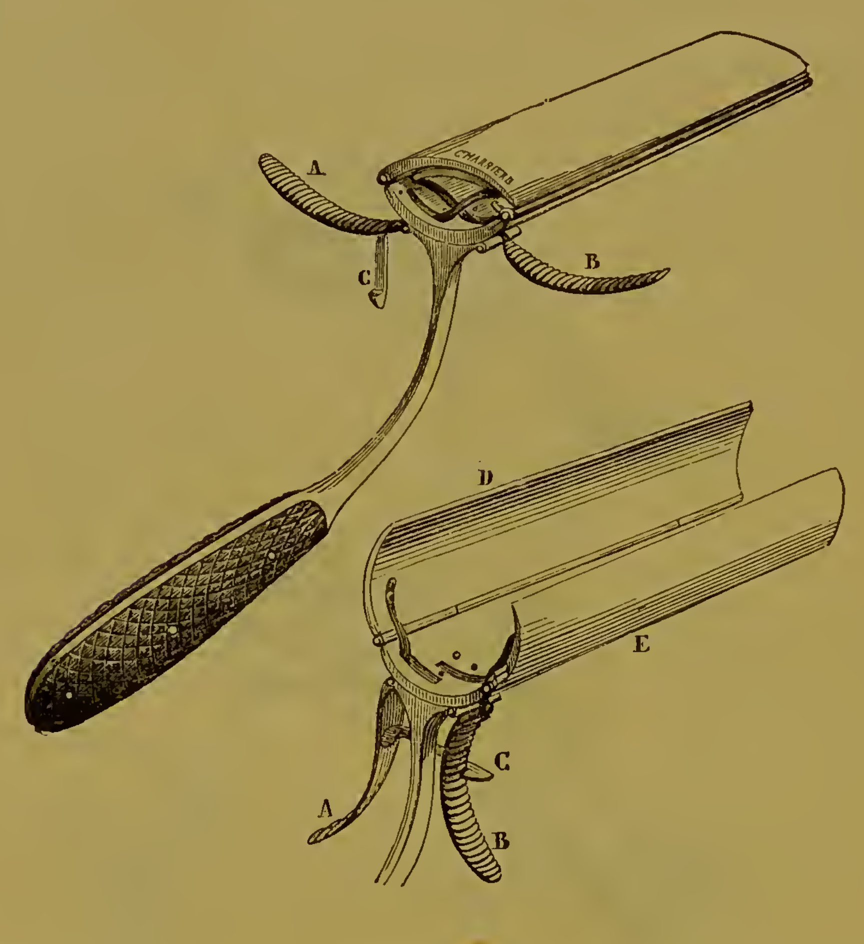


Fig. 14.

Especulum Segalas.

Segalas, en 1839, imaginó el especulum representado en el grabado 14, con objeto de impedir que las paredes vaginales formaran hernia hacia el interior del especulum. Charrière supo combinar de tal manera las valvas del especulum de Segalas que, indistintamente dicho instrumento es univalvo, como cuadrivalvo.

Más tarde, Charrière construyó el especulum trivalvo, fig. 15, el cual es únicamente una modificación del que precedente hemos indicado.

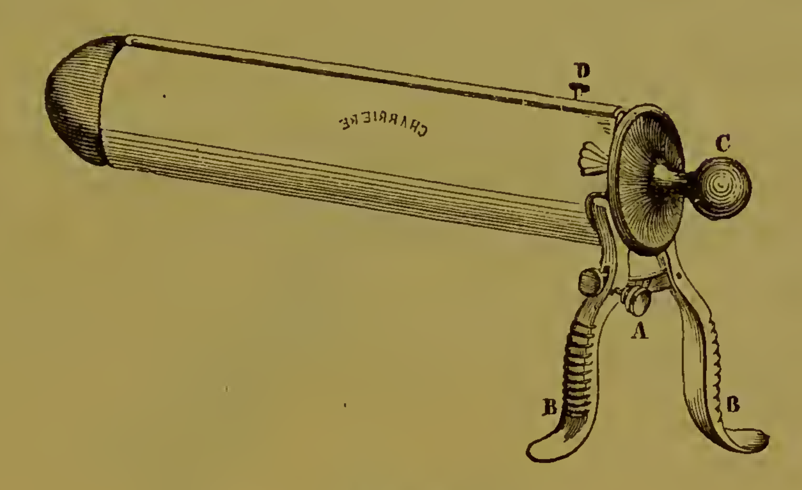


Fig. 15.

Especulum trivalvo de Charrière.

Aubry ha hecho construir un especulum con tres valvas, figura 16, que difiere únicamente del de Charrière, en que el de este fabricante está provisto de una contera de madera para facilitar su introducción.



Fig. 16.

Especulum de Aubry.

El Dr. Demouy hizo construir á Mathieu el especulum representado en el grabado 17.

Este instrumento es corto y se compone de tres valvas desiguales; una ancha más larga que sirve de mango, puede ser considerada como posterior ó inferior, y las otras dos más estrechas, más arqueadas, recubren las primeras y están fijadas sobre ella por medio de bisagras, dispuestas de tal modo, que sus extremidades pueden separarse más en altura que en anchura. Exteriormente escotadas hasta el nivel del plano de las bisagras, estas valvas terminan de cada lado por una palanca cortada y fija á un vástago, que, colocado entre las extremidades del mango, produce un movimiento de váscula, y que mediante una vuelta, coloca dicho vástago en su sitio.

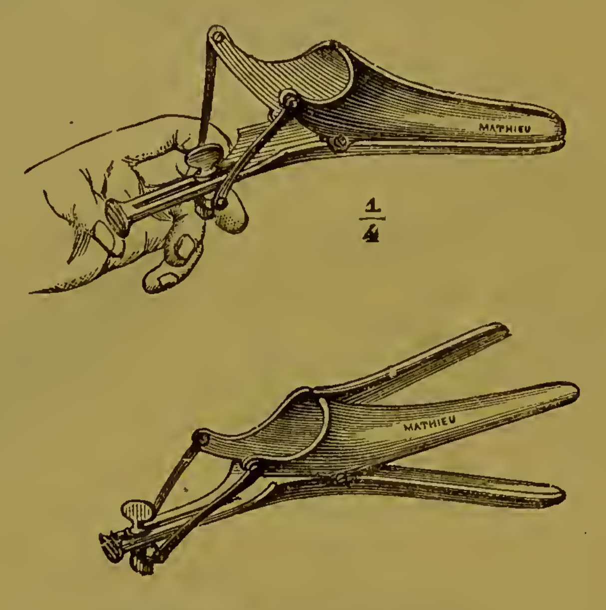


Fig. 17.

Las valvas pueden tener de 80 á 85 milímetros delargo. El diámetro exterior suele variar entre 28 y 48.

Las ventajas que resultan son: 1.º poder practicar el tacto, colocando el especulum; 2.º permitir salir con facilidad los líquidos y 3.º impedir la compresión de la uretra, dolorosa en ciertas circunstancias.

Queriendo el ilustrado médico del hospital de San Luis, de París, M. Fournier, examinar, á la par que el orificio del hocico de tenca, las paredes vaginales, con el especulum, hizo cons-

truir á Mathieu, el representado en la fig. 18. Gracias á dicha modificación, se pueden tratar, fácilmente, las manifestaciones patológicas implantadas en cualquier sitio de las paredes vaginales.

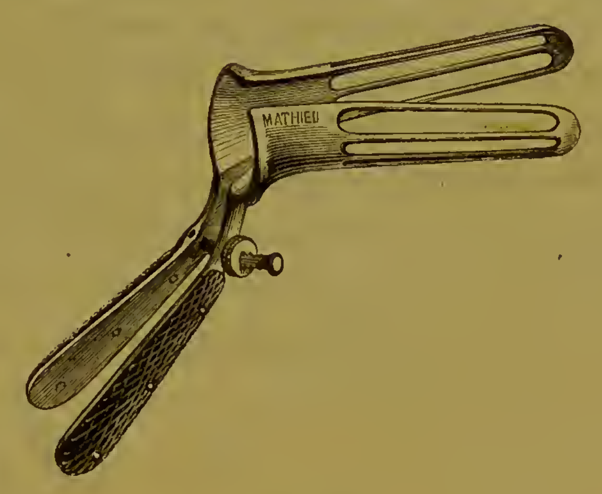


Fig. 18.

El *especulum de Cusco*, conocido con el nombre de *pico de pato*, está basado en el mismo principio que el de Ricord. Las dos valvas, figs. 19 y 20, situadas una superior y la otra inferior,

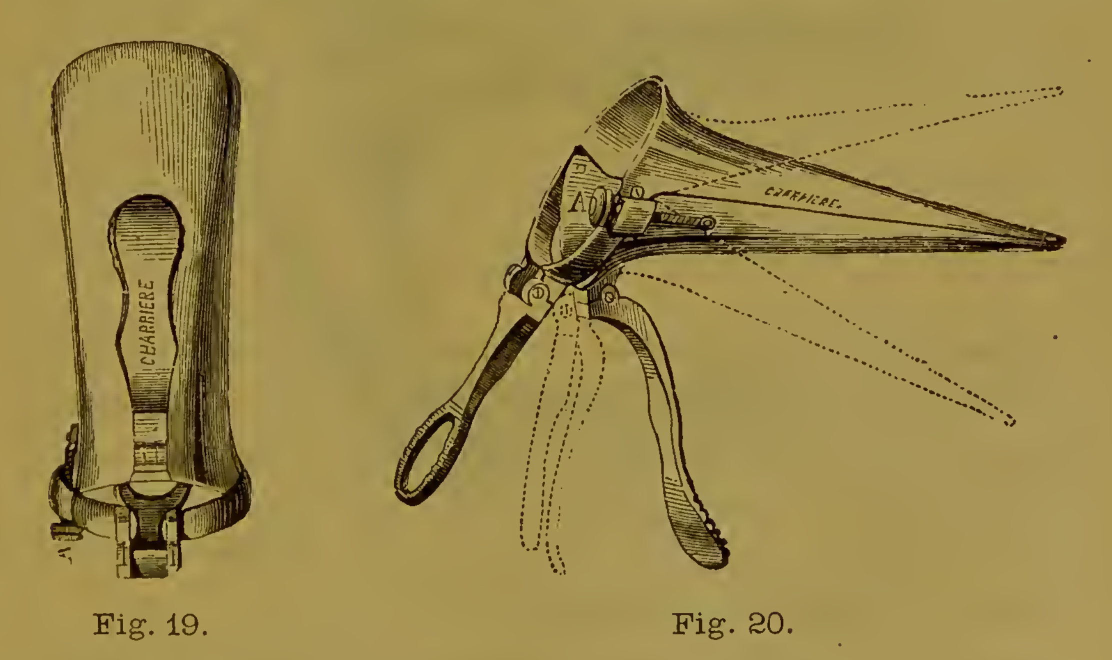


Fig. 19. Fig. 20.

están achatadas y alargadas en su extremidad uterina, de modo que desplieguen fuertemente el fondo de la vagina, siendo cilíndricas en su extremidad externa donde se articula. Esta arti-

culación se pone en movimiento, por dos mangos que pueden doblarse á la vez cuando no se use el instrumento, lo cual le hace muy portátil.

Aproximando los mangos, las valvas se separan en la vagina, mientras que sus dimensiones no cambian al nivel de la articulación correspondiente al anillo vulvar; vemos, pues, que Cusco ha seguido la misma conducta que Ricord, respecto á la articulación de las valvas. Por medio de un tornillo de presión, se fija el grado de separación que se desea, y, como que los mangos de dicho instrumento son ligeros, éste se sostiene por sí sólo, quedando así en plena libertad las manos del ginecólogo.

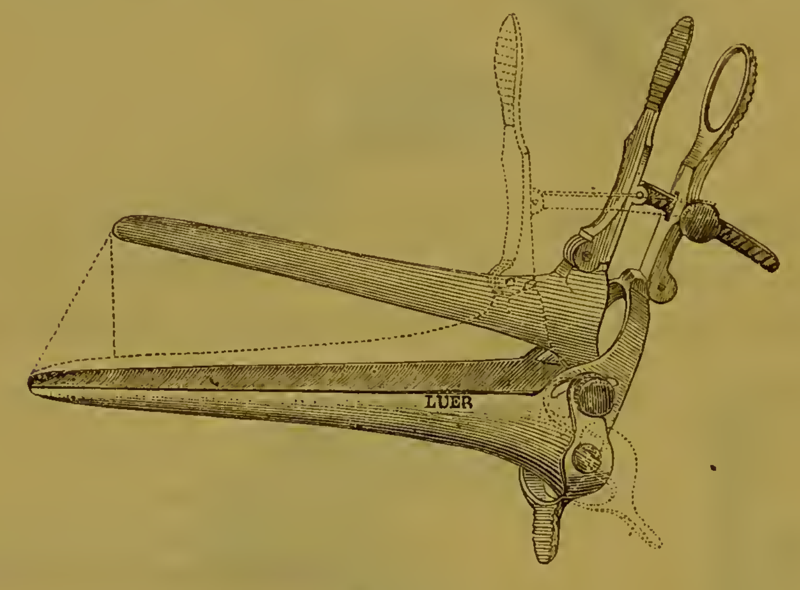


Fig. 21.

El especulum de Cusco es de una introducción fácil, pero conviene también advertir que una vez aplicado, si queremos dejar una pinza, por ejemplo, comprimiendo un mioma, ó una sonda uterina, no nos es posible, puesto que forman un arco de círculo completo al nivel de la vulva; este inconveniente no existe con el especulum de Ricord.

Otro de los reproches que dirigimos al especulum de Cusco, es que siendo la longitud de sus valvas iguales, al introducirse en la vagina *resbalando sobre su pared posterior*, como es regla aplicarlo, llega así hasta el fondo de saco posterior limitado

hacia adelante por el hocico de tenca, y al dilatar las valvas, *si no se ha retirado un poco el instrumento*, la valva anterior imprimirá un movimiento de atrás adelante al cuello uterino y hará bascular el cuerpo de este órgano hacia atrás, ínterin su porción vaginal se proyecte violentamente hacia adelante.

Esta sacudida del cuello de la matriz, es muy dolorosa, sobre todo si existe alguna afección localizada en dicha región.

Para corregir este defecto, A. Guerin hizo modificar el especulum de Cusco (véase el grabado 21), con objeto de que, una



Fig. 22.

vez introducido, la valva anterior pueda retirarse algo de manera á sacarla del fondo del saco posterior, y dilatar así las dos valvas sin ejercer la menor presión sobre el hocico de tenca.

Bouveret ha hecho modificar á su vez el especulum de Cusco, simplificando la idea de Guerin, puesto que su especulum está



Fig. 23.

desprovisto de la articulación suplementaria que el ilustrado cirujano del Hotel-Dieu de París, hizo colocar á Mr. Collin, con objeto de que la valva anterior no lastimara el cuello uterino, haciendo construir dicha valva con menos longitud que la posterior.

Al mismo tiempo, Bouveret ha dejado en su especulum una

hendidura lateral, para facilitar las diversas maniobras que se practican con el instrumento aplicado (véase el grabado 23).

Existen además, otras clases de especulum, tales son los univalvos: estos, son de invención reciente, y, su generalización y perfeccionamiento, pertenece á Marion Sims.

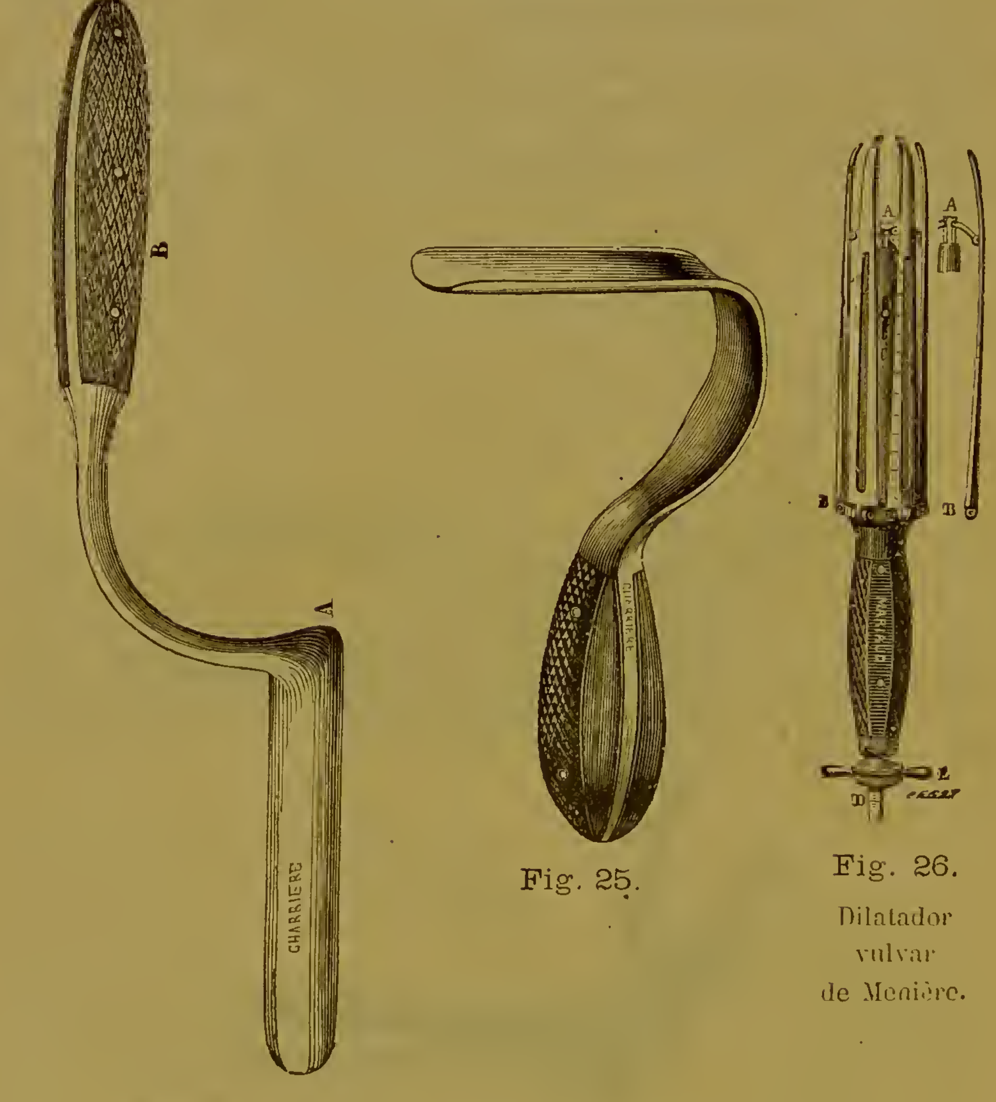


Fig. 24.

Fig. 25.

Fig. 26.
Dilatador vulvar de Menière.

Jobert se servía para dilatar las paredes vaginales, en las operaciones de fístulas, de diversos depresores de madera ó metal de formas diferentes (véanse los grabados 24 y 25), según la pared que examinaba.

El especulum de Sims, fig. 27, consiste en una valva única dispuesta en forma de gotiera semi-cilíndrica, redondeada y ter-

minada en fondo de saco en la extremidad vaginal, abierto y curvo en su extremidad externa, que se continúa con un mango. Este puede llevar en sus extremidades gotieras de dimensiones diferentes, fig. 28, ó bien ser móvil y poder cambiar de gotiera según las indicaciones.

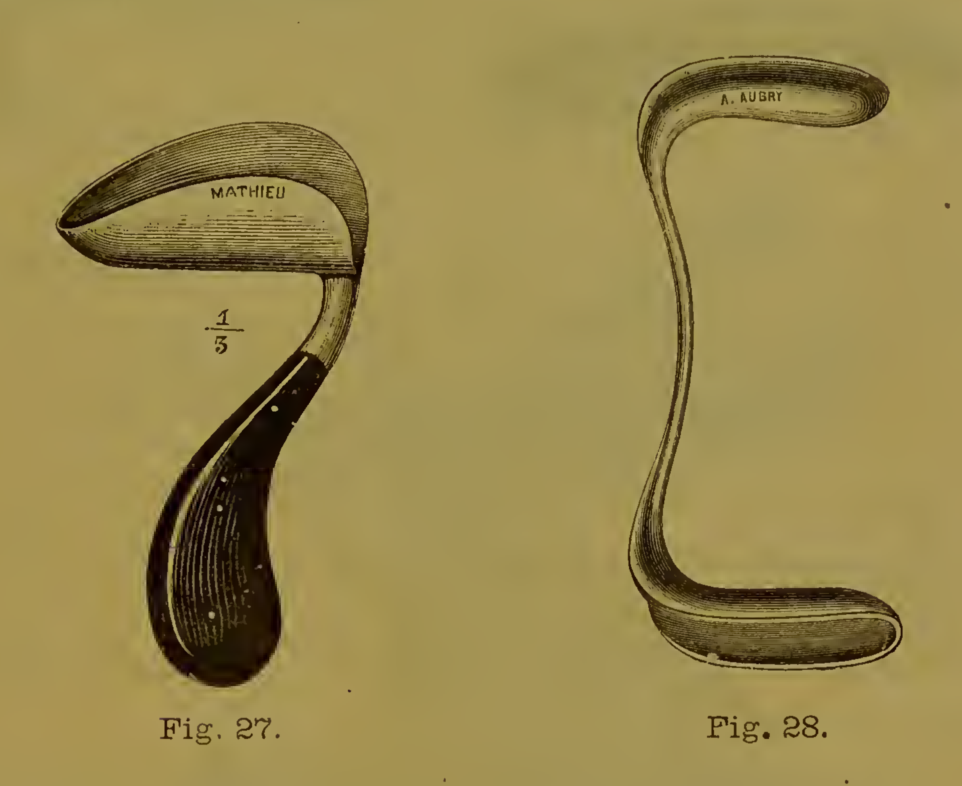


Fig. 27. Fig. 28.

Denonvilliers ha añadido al especulum de Sims, dos pequeñas valvas, las que, por la presión sobre una palanca, se separan de la valva principal; el grabado 29 da á conocer los detalles del instrumento.

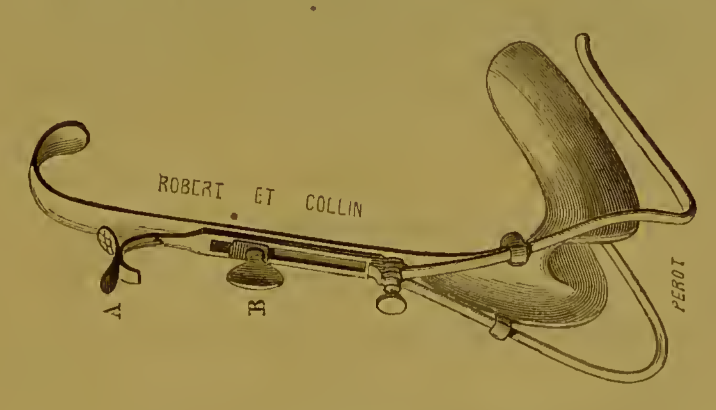


Fig. 29.

Por último las figuras 30 y 31 nos representan los especulums propios que se utilizan en ginecología cuando la mujer



Fig. 30. Fig. 31.

está en un baño general, y conviene que el agua, medicamentosa ó no, se ponga en contacto con la mucosa vaginal.

DE LA APLICACIÓN DEL ESPECULUM

Háse pasado por alto, por la mayor parte de los autores que se han ocupado de ginecología, las indicaciones que conviene tener presente para la aplicación del especulum. Vamos, pues, á dar las instrucciones que creemos útiles, para que esta exploración se verifique con fruto.

Si precedentemente hemos aconsejado sumo cuidado para practicar el tacto vaginal, ahora llamamos de nuevo la atención, para facilitar el examen por medio de un instrumento de metal algo voluminoso, cual es el especulum.

Ante todo, diremos, que cuando se nos llama á domicilio para hacer un examen completo de la matriz, nos contentaremos con colocar á la enferma al través de su cama y en la posición conveniente que luego indicaremos, para poder explorar detalladamente sus órganos genitales por medio del especulum; pero cuando el médico practique este examen en su gabinete, es indispensable que esté provisto de un mueble especial que le permita colocar cómodamente á la paciente.

Entre los diversos aparatos inventados para explorar la matriz con el especulum, citaremos la plataforma clínica y el sillón Voltaire, ambos fabricados por M. Dupont de París.

El sillón Voltaire, como su nombre lo indica, puede utilizarse como un sillón vulgar, pudiendo sentarse uno cómodamente en él, y cuando convenga al práctico, se convierte en una plataforma para explorar á la enferma.

El mecanismo de este sillón es tan sencillo como ingenioso; basta hacer bascular hacia adelante el respaldar del sillón, para que éste se coloque en plano horizontal, distante del suelo un metro, cuya distancia es suficiente para que el ginecólogo pro-

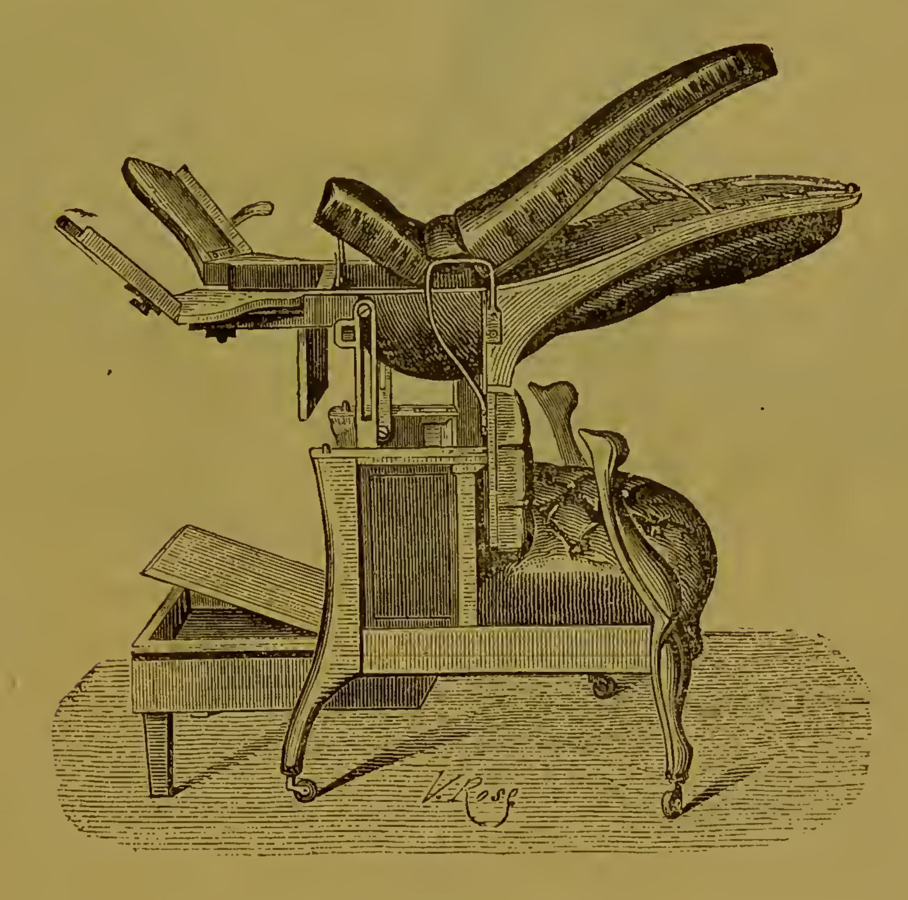


Fig. 32.
Sillón Voltaire.

ceda á la exploración de los órganos genitales, sentado en una silla ordinaria.

El respaldar encierra unos estribos para colocar los pies, y está además provisto de dos cremalleras, para que la enferma pueda tener algo elevada la espalda, y para poder levantar la pélvis cuando convenga que ésta forme un plano inclinado

hacia atrás, por ejemplo, en los casos que se desea que un líquido determinado permanezca cierto tiempo en la vagina.

Debajo del asiento del sillón, existe una caja para colocar los instrumentos necesarios.

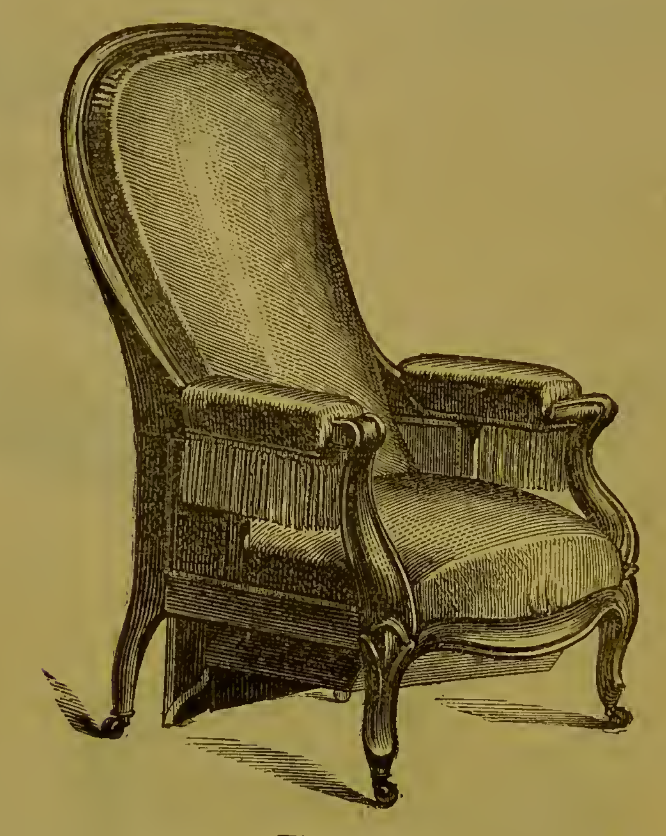


Fig. 33.

Sillón Voltaire, (cerrado). Este ingenioso sillón es el mismo representado en el grabado 32; tiene por lo tanto doble uso.

Los fabricantes de instrumentos de cirujía Mayer y Meltzer, de Londres, han desplegado su inteligencia para construir la mesa de operación que representa el grabado 34, bajo las indicaciones del eminente operador Spencer Wells.

Dicha mesa consta de diversas piezas movibles, para colocar á la enferma en posición conveniente para ser operada, ya de gastrotomía, ya para las múltiples operaciones que se practican en los órganos sexuales de la mujer y de sus anexos.

La plataforma (fig. 35), es más conveniente para el servicio del hospital, porque ofrece más resistencias y es al mismo tiempo más ancha.

Para practicar el examen en uno de estos aparatos, se acostará la mujer en el respaldo, convenientemente situado, colocará los pies en los pedales, y la nalga al nivel del reborde de la butaca, separará al mismo tiempo los muslos y se obtendrá así, una posición que facilite el reconocimiento.

Para introducir el especulum, previamente untado y calentado, si la estación es fría, se separarán los labios de la vulva con el índice y medio de la mano izquierda, cual representa el

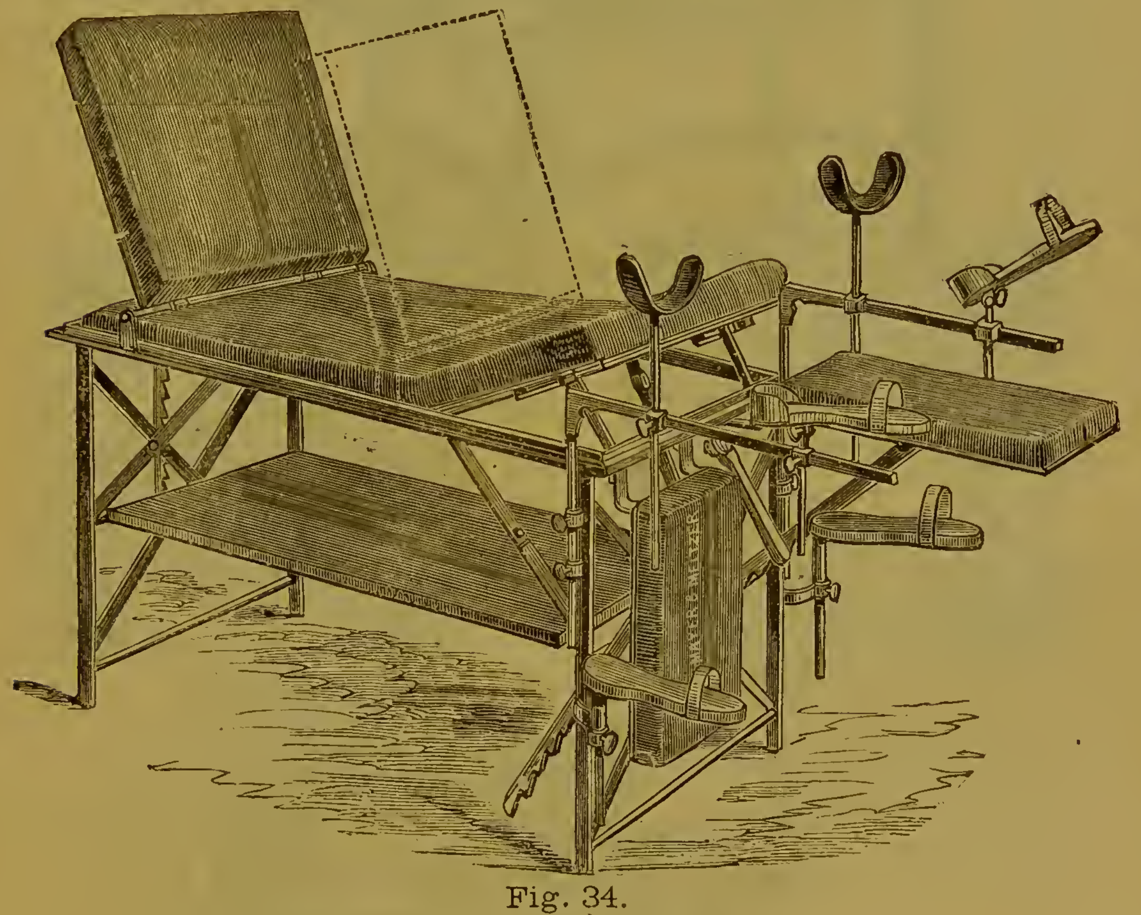


Fig. 34.

Mesa de operación de Mayer y Meltzer.

grabado 36, se empuña el especulum, por ejemplo el de Cusco, con la mano derecha, colocando el dedo índice encima de la valva superior y el anular por debajo de la inferior con objeto de sostener el instrumento cerrado, y se va introduciendo paulatinamente.

Se recomienda colocar el instrumento de plano vuelto los mangos hacia arriba; pero creemos mejor, presentarle de lado,

de modo que el gran diámetro de las valvas corresponda al diámetro ántero-posterior de la vulva, y luego imprimir cierto movimiento de rotación para introducirlo de plano.

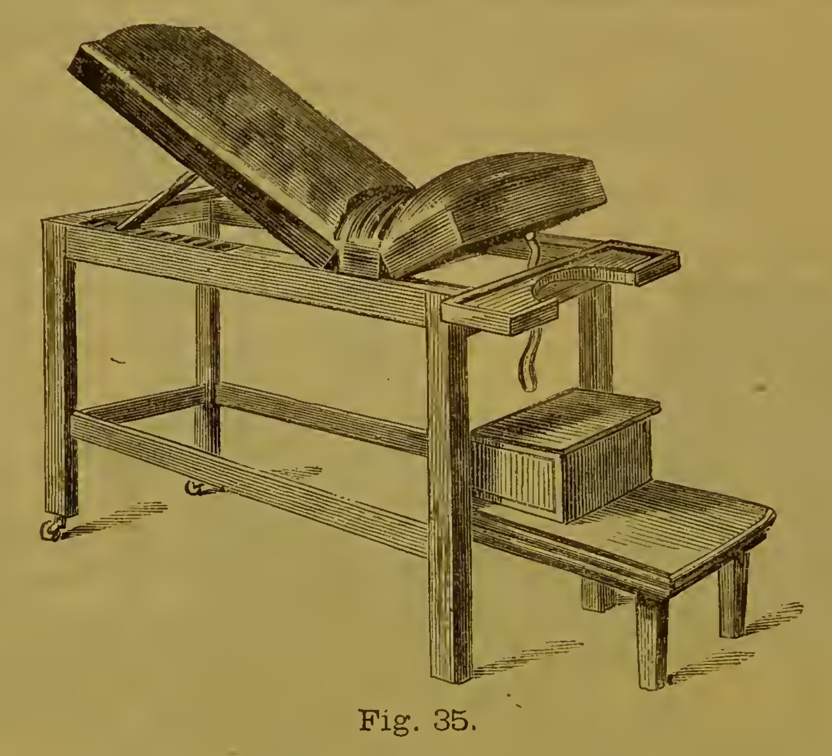


Fig. 35.

Al introducir este instrumento en la vagina, es muy importante que la mano del práctico vaya imprimiendo la proyección según el

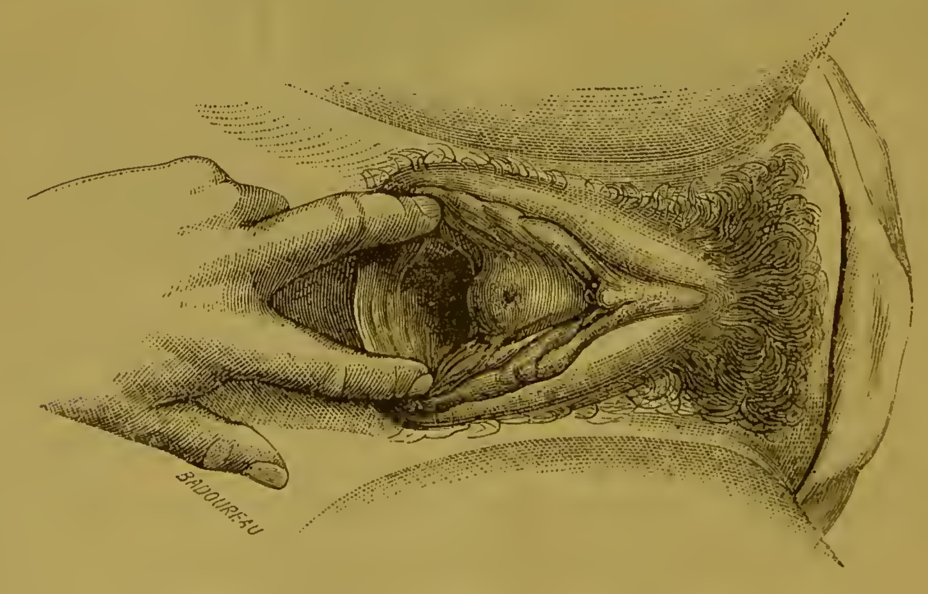


Fig. 36.

eje de la pélvis, con objeto de evitar sufrimientos á la paciente.

Al aplicar el especulum *entero*, por ejemplo, sabremos si éste

sigue el eje de la pélvis, examinando la mucosa vaginal que va desplegándose por la proyección del instrumento hacia adentro. Cuando éste se introduce bien, las paredes vaginales examinadas por dentro del especulum nos representa una esfera, cuyos pliegues se dirigen hacia una línea transversal (véase el grabado 37), la cual tiene que pasar precisamente por el centro del área que se presenta á nuestra vista.

Cuando el instrumento está mal colocado, la línea oscura que figuramos en el grabado 37 está más arriba ó abajo.

A medida que el especulum va avanzando hacia el final de la vagina, los pliegues que parecian cabalgar uno sobre el otro se separan y dejan ver el cuello uterino (véase el grabado 38).



Fig. 37.

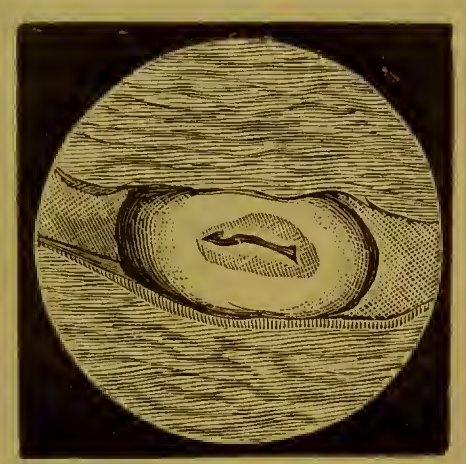


Fig. 38.

La primera parte del cuello uterino que se descubre, al estado normal, es su labio anterior, esto se comprende, puesto que el útero está algo inclinado hacia adelante, formando con la vagina un ángulo obtuso con abertura anterior.

Para abarcar bien el cuello de la matriz en el especulum, ya hemos indicado precedentemente la pequeña maniobra que se tenía que efectuar.

Por lo tanto, si no existe desviación uterina, el especulum debe dirigirse de arriba abajo, pero casi paralelo á la superficie sobre la que descansan las nalgas de la enferma.

Si la matriz se encuentra en anteversión, y el cuello uterino está dirigido hacia atrás, es indispensable dirigir el instrumento

de arriba abajo y de adelante atrás, (hallándose la enferma en posición supina); de esta manera, como nos hacía presente nuestro ilustrado maestro de París, M. Guerin, es únicamente como se puede descubrir el hocico de tenca.

El grabado 39 representa la introducción del especulum de un caso de anteversión, y el lector verá claramente, que si se introdujera el instrumento según regla, esto es, paralelo al plano sobre el que descansa la pelvis, la extremidad de este instrumento tropezaría contra la pared superior de la vagina y no permitiría ver nada de lo que se trata de descubrir. Conviene,

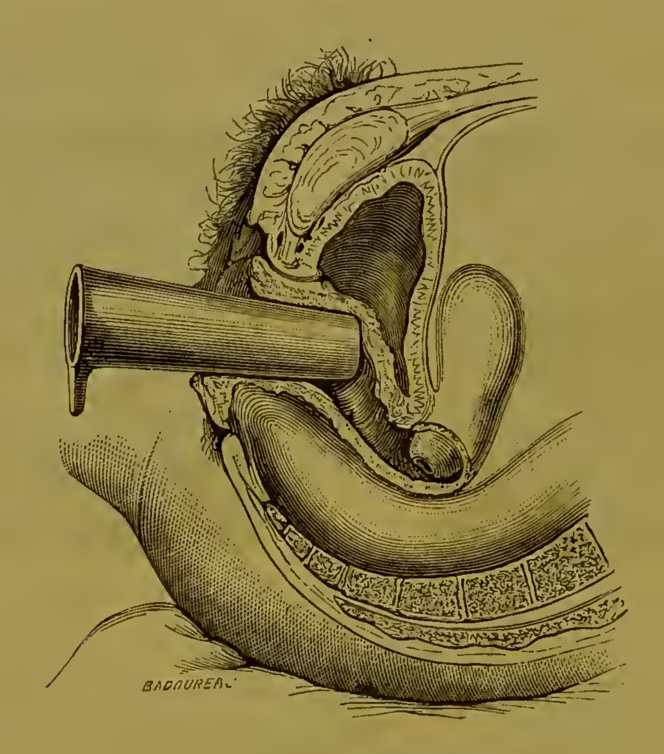


Fig. 39.

por consiguente, practicar el tacto vaginal siempre que se tenga que introducir el especulum, para formarnos idea de la posición de la matriz; volviendo al caso precitado, repetiremos que el especulum se tiene que introducir de adelante atrás y de arriba abajo, y, cuando esté introducido del todo, es necesario bajarlo deprimiendo así la superficie posterior de la vagina, con objeto de poder resbalar por debajo del cuello de la matriz, el borde posterior del especulum.

El movimiento del especulum, lo ha representado perfectamente A. Guerin en el grabado 40, que para mayor claridad del lector lo reproducimos nosotros.

El movimiento del expeculum está representado por la flecha A, B, de la figura 40.

El instrumento se introduce siguiendo la dirección de la línea oblicua A, y luego, los mangos del mismo, se bajarán en dirección de la línea B.

De esta manera, como dice muy bien Guerin, el borde posterior de la extremidad intra-vaginal del especulum, pasa por debajo del cuello de la matriz.

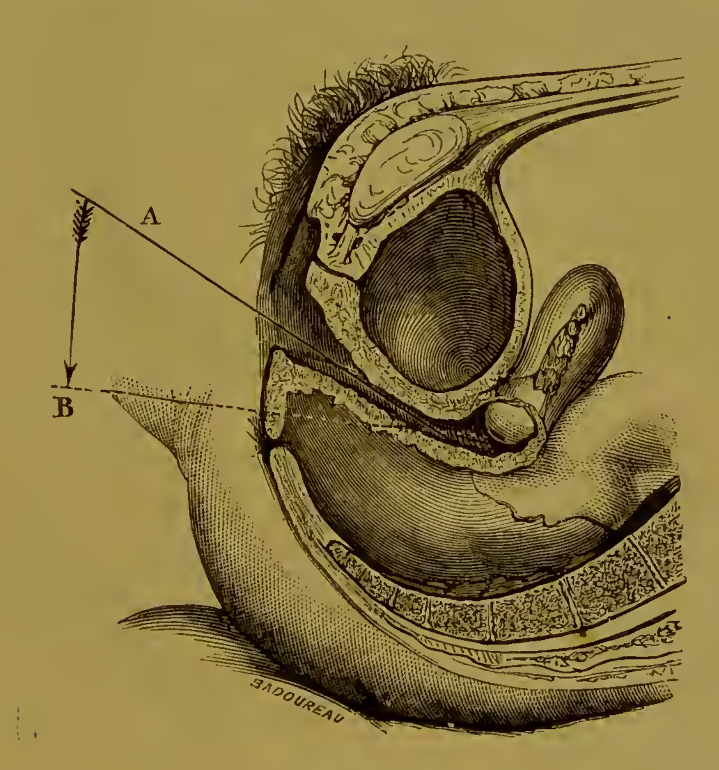


Fig. 40.

En los casos de retroversión, conviene que la enferma descanse su pélvis en un sitio bien levantado, y el instrumento se dirigirá de atrás adelante y de abajo arriba:

Hé aquí la utilidad de la cremallera que existe en todos los aparatos para la exploración uterina, véanse los grabados 32 y 35 puesto que con ella se pueda levantar la pélvis cuanto el práctico lo juzgue necesario.

Por último, cuando la articulación corresponda al anillo vulvar, se apretarán entre sí los mangos del especulum y las valvas, dilatarán las paredes vaginales, permitiendo así, examinar el cuello de la matriz, y por lo tanto las lesiones que tomen asiento en él.

La fig. 41 nos representa el especulum de Cusco colocado.

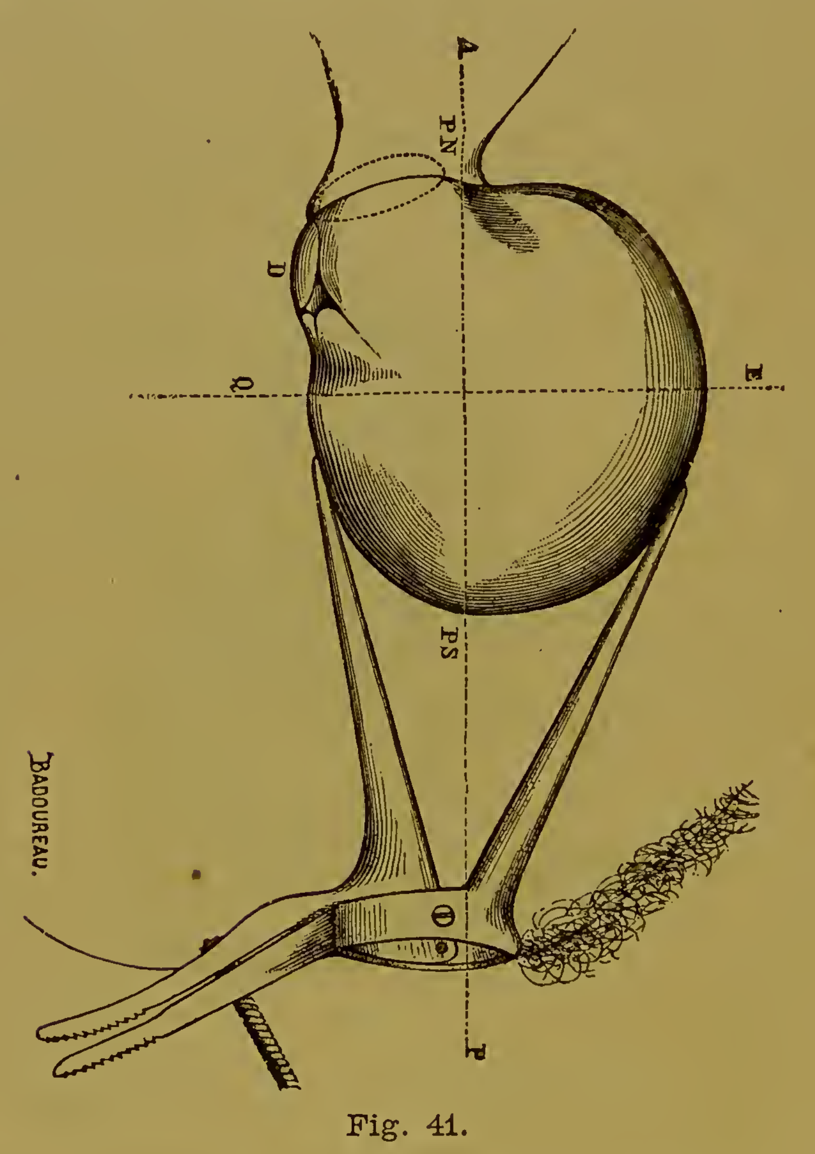


Fig. 41.

Cuando el cuello del útero no se presente á nuestra vista al dilatar las valvas, será debido á que las extremidades del instrumento estarán en algún fondo de saco útero vaginal; precedentemente hemos indicado la manera como el práctico tiene que valerse.

En la mayoría de especulums que no tienen su articulación al nivel del anillo vulvar, es necesario que un ayudante lo sujete para que el prático pueda operar con comodidad.

Para retirar el instrumento, basta aflojar el tornillo de presión; las valvas se aproximan por sí mismas, cerrándose el instrumento progresivamente; no conviene que se cierre del todo para evitar de pellizcar los pliegues vaginales con las valvas. La mano que le sostiene tira suavemente siguiendo el eje de la vagina y el especulum sale casi cerrado.

EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD DEL ÚTERO

La exploración de la cavidad uterina puede practicarse por medio del especulum intra-uterino, con ayuda del dedo ó con el histerómetro.

I.—*De la exploración con el especulum*

Como acabamos de ver, por medio del especulum vaginal, podremos apreciar únicamente, el estado de la vagina y parte interior de la matriz denominada *hocico de tenca;* de ahí la necesidad de apelar á otros instrumentos para explorar la cavidad del cuello de la matriz y el interior de este órgano gestador, entre ellos, citaremos el especulum de Jobert, cuya extremidad uterina mide de ancho un centímetro, y adquiere mayor dilatación á voluntad del ginecólogo, dejando libre una pequeña escotadura para examinar la mucosa del cuello uterino. El especulum intra-uterino de Brissey (fig. 42), está formado de dos pequeñas valvas, representando una ligera curva hacia su extremidad libre, la cual es sumamente delgada. El modificado por Mathieu (fig. 43), se hallla compuesto también, de dos valvas.

La teoría de estos especulums intra-uterinos es muy halagüeña, pero cuando uno se encuentra en el terreno práctico, tiene que renunciar á ello, pues en la mayoría de casos, no podemos vencer el orificio interno del cuello de la matriz y nos hacen veces, únicamente, de verdaderos dilatadores.

No obstante, aconsejamos que, cuando se quiera hacer uso de estos especulums se aplique previamente uno vaginal, colocando á la mujer en la misma posición que hemos indicado para la aplicación del especulum en general. A nuestra manera de

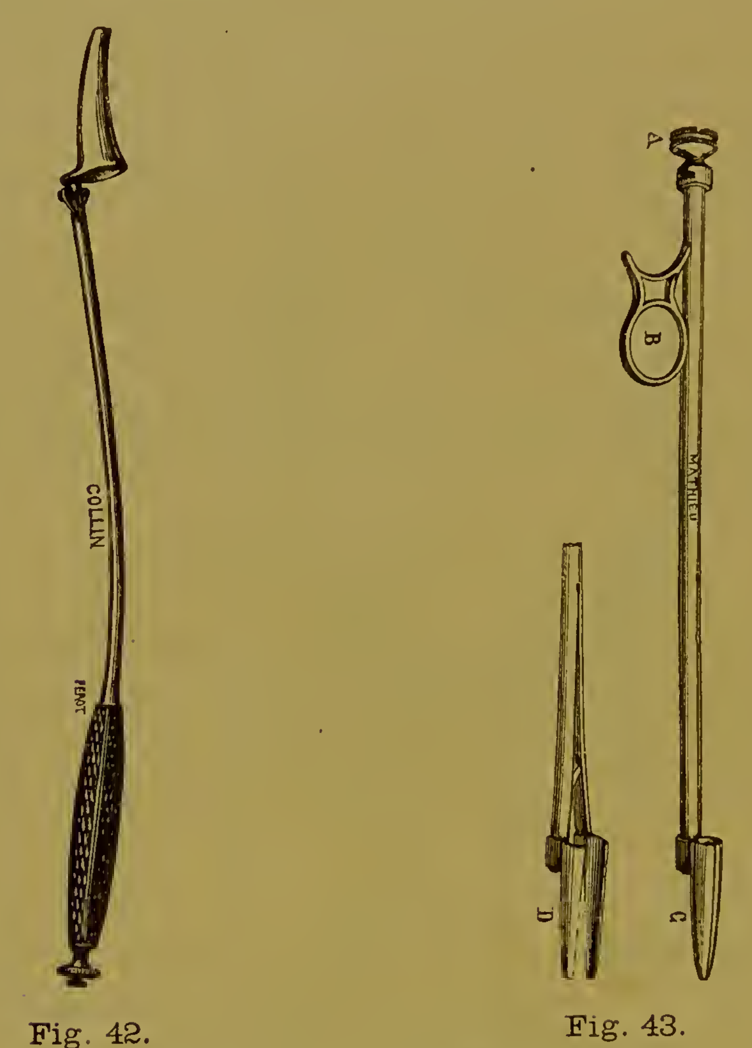


Fig. 42.
Especulum intra-uterino de Brissey.

Fig. 43.
Especulum intra-uterino modificado por Mathieu.

ver, el que más conviene es el de Fergusson, por reflejar la luz mejor que ningún atro hacia el cuello de la matriz.

II.—*Exploración de la cavidad uterina par medio del dedo*

Este examen, sin previas modificaciones del cuello de la matriz, es irrealizable en el estado normal; sin embargo, si conviniere practicarlo se recurrirá á la dilatación del cuello uterino

por medio de uno de los procedimientos que más adelante expondremos.

Previamente dilatado el cuello, la mujer se colocará en la posición clásica para el tacto vaginal, y teniendo el ginecólogo su dedo untado con una substancia grasa, lo introducirá en el orificio externo del hocico de tenca é irá examinando la cavidad de éste. Para facilitar dicho examen, deberá ejercer cierta presión con la otra mano, en el cuerpo de la matriz con objeto de aproximarla así del dedo explorador.

Esta exploración presta grandes servicios, en los casos que existan pequeños pólipos en la cavidad cervical de la matriz, y sobre todo para examinar la cavidad del cuerpo del órgano gestador después de los abortos y partos, en cuyos casos, debido á la relajación de sus paredes, podemos introducir la mano entera, sin que á la paciente le aqueje grandes sufrimientos.

III.—*Exploración de la cavidad uterina por medio del catéter*

Otro de los medios exploratorios de la cavidad uterina es el cateterismo de dicho órgano, el cual únicamente lo mencionamos aquí, al objeto de exponerlo en otro lugar con los detalles que le son inherentes.

DE LA DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO

La dilatación del cuello de la matriz con instrumentos *ad hoc*, es preferible á la aplicación de los especulums de Jobert y Brissey.

La dilatación de dicha región, puede obtenerse con ayuda de diversos medios que vamos á exponer sucesivamente.

Empezaremos por referir el dilatador de Ausondon que, construídos en boj ó marfil, bajo la forma de cono, se usaban antiguamente para dilatar la cavidad cervical.

A falta de estos conos, puede dilatarse también el cuello de

la matriz, á la manera que se dilata la uretra del hombre, con sondas metálicas de diverso grosor.

Simpson emplea en ciertos casos de dismenorrea y de amenorrea, unas espigas metálicas graduadas, compuesta de dos metales, zinc y cobre, con objeto de obtener al mismo tiempo que la dilatación, puramente mecánica, una acción galvánica: estas pequeñas sondas están provistas de unas prominencias metálicas también huecas, destinadas á sostener el cuello y ser suspendidas por la vagina: Simpson ha denominado este útil aparático, *pesario con tallo intra-uterino.*

Según la irritabilidad del útero, ó según el efecto que se quiera obtener en el cuello, se practica la dilatación de una manera lenta, ya sea colocando dicho pesario intra-uterino durante varios días, ya mudándole cada tres ó cuatro horas y aumentando su grosor.

Entre los dilatadores con ramas *divergentes*, citaremos el de Lemenant-Deschenais, compuesto de dos valvas parecidas á las del especulum Cusco y de tamaño reducido; el de Pajot, compuesto de dos tallos de metal algo gruesos que se separan entre sí, gracias ó un tornillo existente en su extremidad inferior; el de Busch, modificado por Huguier (véase figura 44), formado de tres ramas articuladas, parecidas á las del dilatador de Laborde tan usado en la operación de la traqueotomía, para dilatar la tráquea en el acto de colocar la cánula.

Mathieu, ha modificado ligeramente el dilatador que acabamos de describir, y le adiciona varias cánulas de diversas dimensiones idénticas á las de Simpson, para que se coloquen en el cuello de la matriz una vez practicada la dilatación (véase el grabado 46 y los números 1 y 2).

Galante ha construído á su vez un dilatador uterino compuesto de dos ramas que, al unir los anillos situados en la parte inferior del instrumento, se separan aquellas paralelamente, pudiendo así observarse la mucosa de la cavidad cervical de la

matriz en toda la longitud en que se practica la dilatación (véase la fig. 46).

Cuando el práctico quiere valerse de otros medios menos violentos para dilatar el cuello de la matriz, de los que precedentemente hemos descrito, puede hacer el uso de substancias

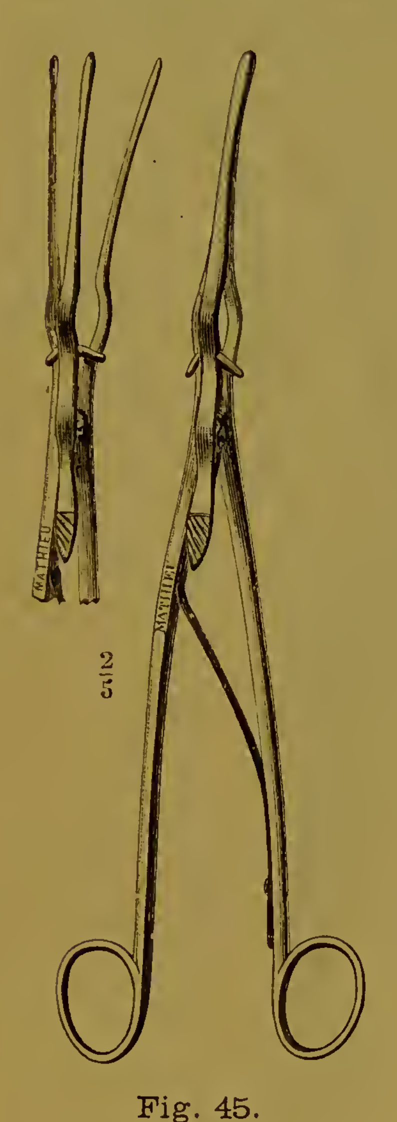


Fig. 45.

Dilatador de Busch, modificado por Huguier.

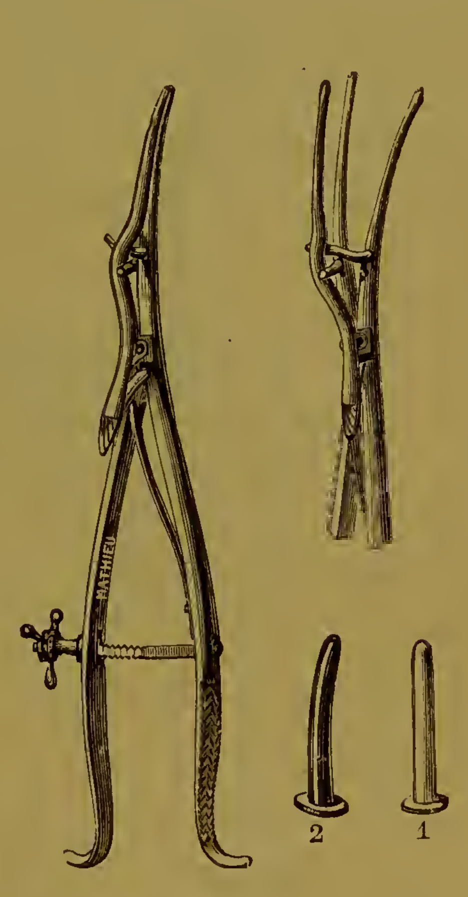


Fig. 46.

Dilatador Mathieu.

susceptibles de aumentar de volumen, absorbiendo líquidos del organismo.

Entre los cuerpos dilatantes que generalmente se usan en el cuello de la matriz citaremos la *esponja preparada* y la *laminaria*.

Las esponjas preparadas tienen la forma de cono, y la laminaria de bastoncito. Ambas substancias están provistas de un hilo corto, en el que se ata otro de mayores dimensiones para que sirva de fiador.

Para introdueir estas substaneias, se emplea unas pinzas largas (fig. 50), se adapta entre sus dientes un pequeño cono de

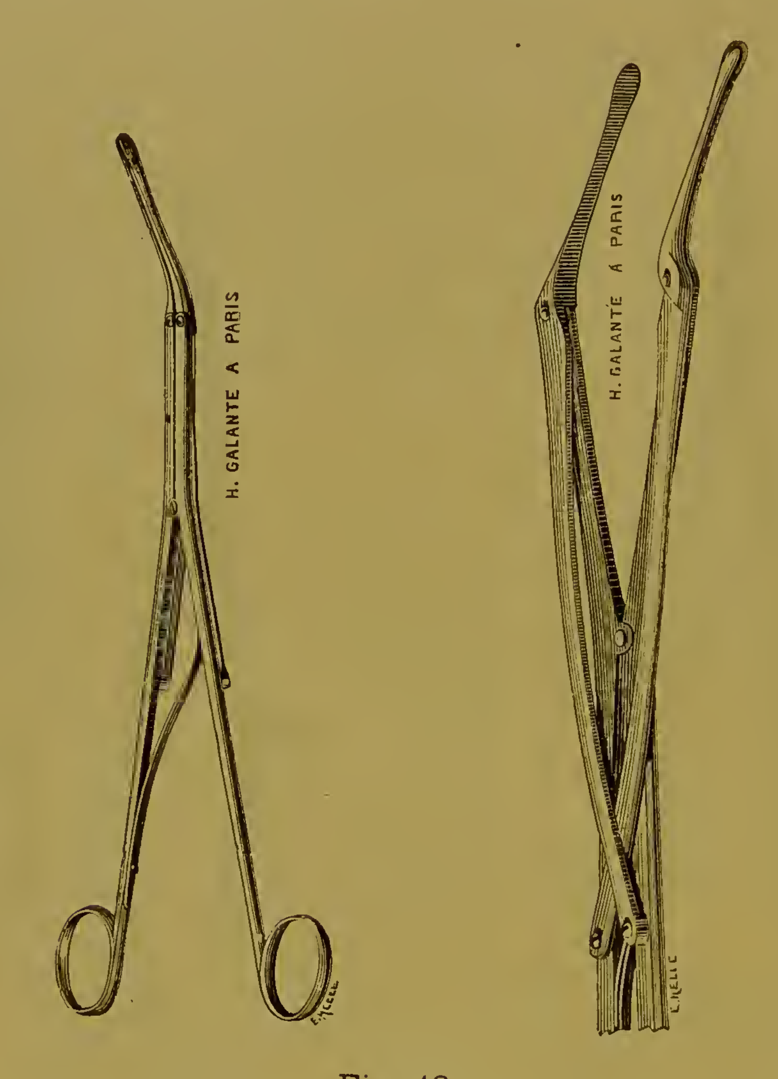


Fig. 46.
Pinzas dilatadoras de Galante.

esponja ó laminaria de unos tres centímetros, untado de cera ó de un euerpo grasiento, y previa la eoloeaeión del especulum vaginal, se introduee en la eavidad cervical de la matriz; con objeto de impedir que diehos dilatadores sean expulsados por el

útero, aconsejamos colocar un tapón de algodón en rama en relación inmediata con el cuello.

Si no ha sido posible colocar un dilatador grueso por ser pequeña la abertura externa de la matriz, á las pocas horas se extrae el que se había colocado para substituirlo por otro mayor, cuya operación se irá practicando hasta que el médico lo crea conveniente.

Diversos autores aconsejan la dilatación en los casos de anteflexión uterina, con objeto de hacer desaparecer el ángulo de flexión de la matriz: también se ha llevado á efecto en ciertos casos de constricción simple del canal cervical sin dismenorrea, en la endometritis acompañada de secreción catarral abundante, y para extraer fragmentos de placentas adheridos en las paredes uterinas.

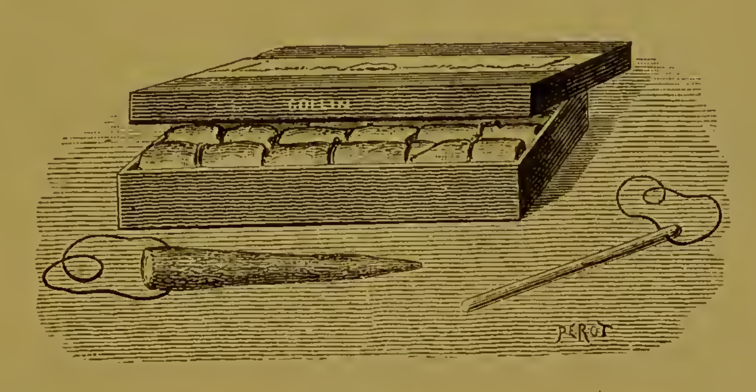


Fig. 47.

Caja de tapones de algodón en rama.

Marion Sims preconiza la esponja preparada en los casos de granulaciones fungosas de la cavidad cervical, puesto que así, dice, la esponja obra mecánicamente comprimiendo el tejido y determina la reabsorción de los elementos que han proliferado.

Bantock usa también la esponja preparada en los casos de metrorragias, por su acción mecánica.

Todas estas ventajas que podemos obtener con el uso de la esponja preparada y de la laminaria, pueden convertirse en ciertas circunstancias en verdaderos peligros para los pacientes, puesto que los anales de la medicina encierra algunos casos

desgraciados consecutivos á los mencionados dilatadores; así por ejemplo, Sims y Willard relatan dos casos de muerte á consecuencia de la dilatación con la esponja preparada, y otros autores refieren otros de pelvi-peritonitis y septicemia, debidos á las mismas causas.

Conviene, por lo tanto, que, cuando nos veamos precisados á practicar la dilatación del cuello de la matriz, es necesario

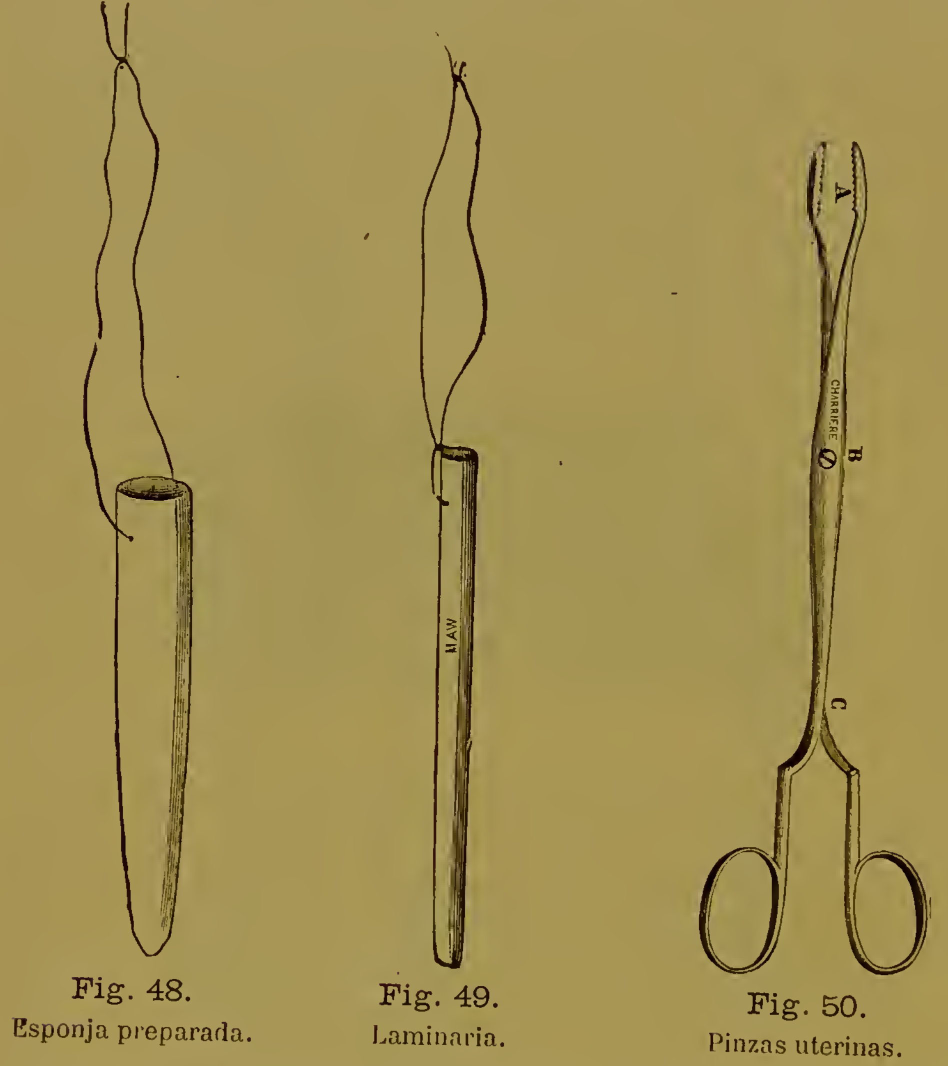


Fig. 48. Esponja preparada. Fig. 49. Laminaria. Fig. 50. Pinzas uterinas.

nos aseguremos antes que del estado de los tejidos peri-uterinos para no deplorar accidentes desgraciados.

HISTEROMETRÍA

El cateterismo uterino se ha practicado desde tiempos remotos, puesto que Hipócrates nos dice lo siguiente en el li-

bro VIII, página 289: «Después de las fumigaciones, se ensayará la colocación de los pesarios hechos de pino, conv enientemente engrosados, colocando primero los más delgados y luego los más gruesos. Una vez colocados, la mujer debe prmanecer quieta para evitar que se caigan. Se introducirá la extremidad más delgada y luego se irá proyectando paulatinamente, practicando cierto movimiento de torsión sobre su eje para que penetre mejor... hasta que esté introducido unos cuatro dedos en el interior del orificio uterino (1).»

En la página 381 del tomo VII, encontramos otro consejo parecido al anterior: «Inmediatamente despues del baño de agua ó de vapor, introdúzcase *la sonda*, ábrase el orificio uterino, dilátese.»

No obstante, á pesar de ser conocida desde Hpócrates el *cateterismo uterino*, su empleo no se vulgarizó, hasta que Huguier en Francia, Simpson en Edimburgo y Kiwish en Praga, encomiaron detalladamente las grandes ventajas que reporta al práctico, la conveniente manipulación de la sonda uterina; desde esa época, la exploración de la matriz por medio del *cateter*, ha llegado á ser de un uso casi general.

El cateterismo uterino se practica por medio de instrumentos denominados sondas uterinas ó histerómetros.

El histerómetro más generalmente usado es el de Valleix (figura 51). Se compone de un tallo metálico de 15 á 18 centímetros de largo y de 2 á 3 milímetros de diámetro, montado en un mango de madera, en el cual penetra para hacer más portátil el instrumento. La extremidad del tallo destinado á penetrar en el útero está ligeramente engrosada y redonda en forma olivar; presenta una curvatura, siguiendo un radio de 8 á 10 centímetros; hállase relacionada esta curvatura con la dirección que afecta la matriz en estado anormal. El tallo está dividido en centímetros y está además provisto de un pasador metálico que

(1) Hipócrates, trad. de Littré.

sirve para fijar el número de centímetros que penetra en el útero.

Huguier modificó el histerómetro precedente, facilitando el movimiento del anillo indicador con una rosca colocada en la parte inferior del mango (véase el grabado 52).

Para corregir las dificultades inherentes al histerómetro de Valleix, por no hallarse la curvatura del instrumento, ni el

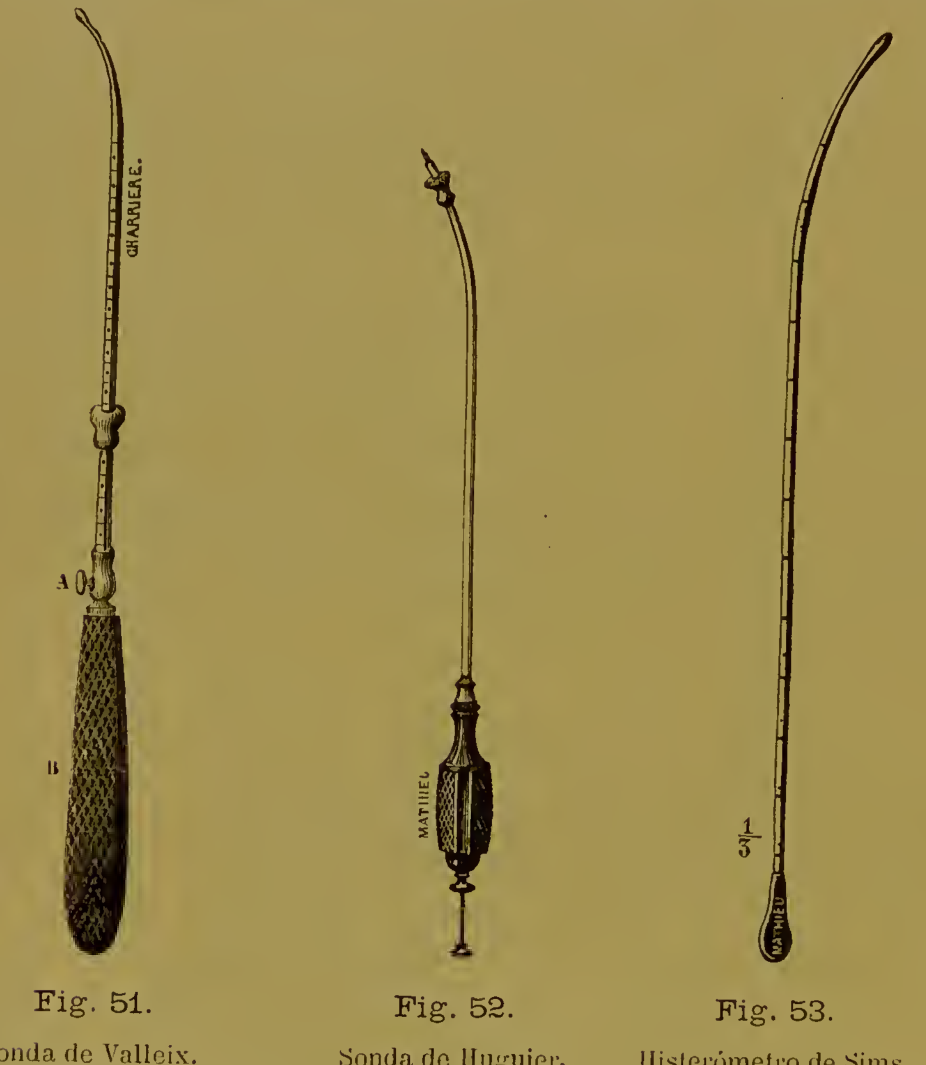


Fig. 51. Sonda de Valleix.

Fig. 52. Sonda de Huguier.

Fig. 53. Histerómetro de Sims.

grosor del mismo en relación con el caso que se explora en algunas circunstancias, el ilustrado ginecólogo norte-americano Marion Sims hizo ccnstruir una sonda uterina de plata (figura 53), cuyas principales diferencias consisten en ser más delgada que las generalizadas en ginepatía, con el objeto de hacerla pe-

netrar fácilmente en el cuello uterino, y poderla encorvar, debido al metal con que se fabrica á voluntad del médico.

Además de los histerómetros que acabamos de describir, podemos también hacer uso, para explorar la cavidad uterina, de las sondas de ballena ó de goma; estas últimas son las mismas que se utilizan para sondar la uretra del hombre.

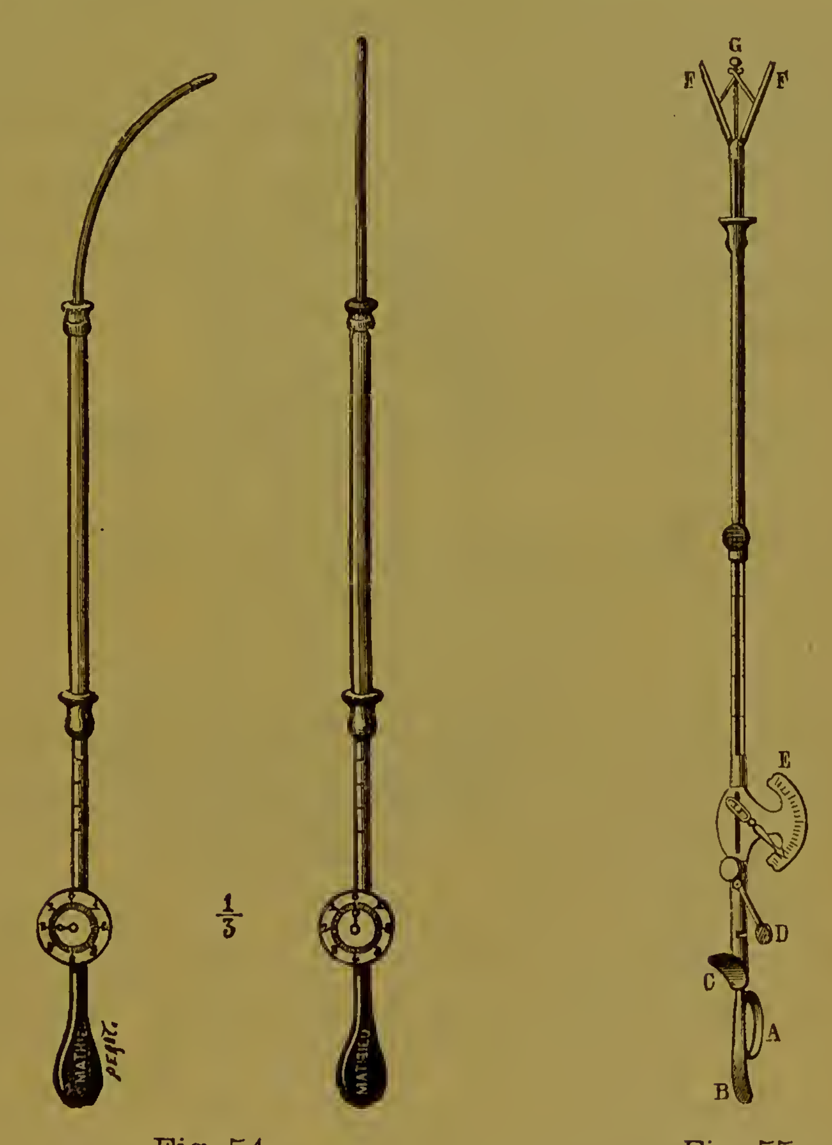


Fig. 54.

Histerómetro de Mathieu.

Fig. 55.

Histerómetro del Dr. Cambanis de Atenas.

Por medio del histerómetro de Mathieu (figura 54), el ginecólogo puede apreciar, gracias á un cuadrante que existe cerca del mango del instrumento, el grado de inclinación del útero.

El Dr. Cambanis, de la Facultad de Atenas, hizo construir á Collin un histerómetro, destinado á medir la cavidad del útero en sus diferentes diámetros. Este instrumento que para mayor comprensión del lector representamos con el grabado 55, se compone de un tallo hueco, siendo su longitud igual á la de una sonda uterina ordinaria, presentando en su extremidad D, dos valvas articuladas, ligeramente curvas, destinadas á medir el diámetro transversal de la cavidad uterina; estas valvas miden dos centímetros de longitud. Otro tallo de dimensiones reducidas atraviesa de arriba abajo el instrumento y se articula con las valvas. Practicando cierta tracción con el botón A, el tallo interior del histerómetro hace mover las valvas y marca en el cuadrante E el grado de separación.

MANUAL OPERATORIO DE LA HISTEROMETRÍA

Para practicar el cateterismo uterino, se colocará á la mujer en la misma posición que hemos indicado para la aplicación del especulum.

Ahora bien, dicho método exploratorio puede efectuarse, poniendo en descubierto el cuello uterino por medio del especulum vaginal, ó ya sirviéndonos únicamente del tacto con el índice de la mano izquierda.

En el primer caso, aconsejamos que los especulums estén provistos de una escotadura en toda su longitud con objeto de extraerlos, una vez que la sonda haya penetrado en la cavidad uterina, y poder practicar así, cómodamente, las manipulaciones que sean necesarias.

En el segundo caso, se practicará el tacto con el índice izquierdo, procurando que el pulpejo de dicho dedo descanse en el labio posterior del cuello, é inmediatamente detrás del orificio externo; dejando resbalar luego la sonda uterina sobre el índice, procurando que la convexidad del instrumento esté dirigida atrás, se llega fácilmente al orificio externo. Este método

se verifica con rapidez en las multíparas, pero en las nulíparas, es algo más laborioso, y obliga en ciertas circunstancias á colocar el especulum, ya para que la proyección del histerómetro sea más cómoda, ya para practicar ligeras incisiones en las comisuras del cuello de la matriz y disminuir así la mayor ó menor oclusión de dicha región.

Antes de sondar la matriz, conviene que el práctico se forme una idea exacta de la posición que ocupa dicho órgano gestador, puesto que si se halla en situación anormal, la convexidad



Fig. 56.

Cateterismo uterino practicado con ayuda del índice de la mano izquierda.

de la sonda que hemos aconsejado dirigir hacia atrás en el estado normal, se tendrá que dirigir, ya adelante, ó bien á uno ú otro lado, según se trate de una retroflexión, de látero-flexión, etc.

Por medio del cateterismo, podemos: 1.° *Medir la longitud de la cavidad uterina;* de ahí deriva el nombre de *histerometría* que tan frecuentemente se le dá. A pesar de ser nuestro móvil, en la actualidad, el de dar ligeras indicaciones sobre los principales *métodos y medios exploratorios de la matriz,* nos permitiremos

recordar que, para obtener una mensuración exacta de la longitud de la cavidad úterina, conviene que la sonda haya vencido la resistencia que suele presentar el espasmo de las fibras circulares del orificio interno del *hocico de tenca:* recordaremos también, que la cavidad uterina tiene unos 6 $^1/_2$ centímetros en estado normal, y que, mientras no se obtenga esta dimensión, se podrá creer que el instrumento no ha franqueado el orificio interno.

2.° *Conocer la dirección y trayecto de la cavidad uterina.*

3.° *Apreciar el reblandecimiento de la membrana mucosa.*

4.° *Diagnosticar la existencia de pólipos y fibromas uterinos* implantados en su cavidad.

5.° Apreciar la *sensibilidad* relativa de cada uno de los puntos de esta cavidad.

6.° Por último, por medio del cateterismo podemos tratar diversas afecciones uterinas.

El cateterismo uterino, que tan grandes servicios presta á la práctica ginecológica, debe efectuarse con mucha reserva. Ante todo, el médico debe convencerse si la mujer que va á explorar está ó no, en estado de gestación. A nuestro ilustrado profesor de la facultad de París, T. Gallard, le hemos oido repetidas veces en las lecciones que nos daba en el hospital de la Piedad, y al lado de la paciente, que antes de sondar la matriz, es preciso convencernos por nuestros propios sentidos del estado de vacuidad de dicho órgano, y esperar á ver el flujo catamenial.

Numerosos son los casos de abortos determinados por la exploración de la matriz con la sonda; de ahí, la gran prudencia con que debemos utilizar ese excelente método exploratorio.

La mejor época para proceder á este examen es á los tres ó cuatro días después del período menstrual.

Proscribimos, por lo tanto de una manera absoluta, el cateterismo uterino en las mujeres embarazadas, y en todos aquellos casos de flegmasia aguda de los tejidos periuterinos y en las inflamaciones del parénquima de este órgano.

En fin, por medio del cateterismo uterino, podremos cerciorarnos del estado de vacuidad de la matriz en los casos de gestación extra uterina: en esta circunstancia, puede sondarse el útero porque con los otros síntomas que nos da el embarazo anormal, podemos afirmar la ausencia del feto de la cavidad uterina.

APARATOS LUMÍNICOS

Para explorar bien los órganos genitales, necesitamos buena luz, prefiriendo siempre la natural; pero, si la luz solar no

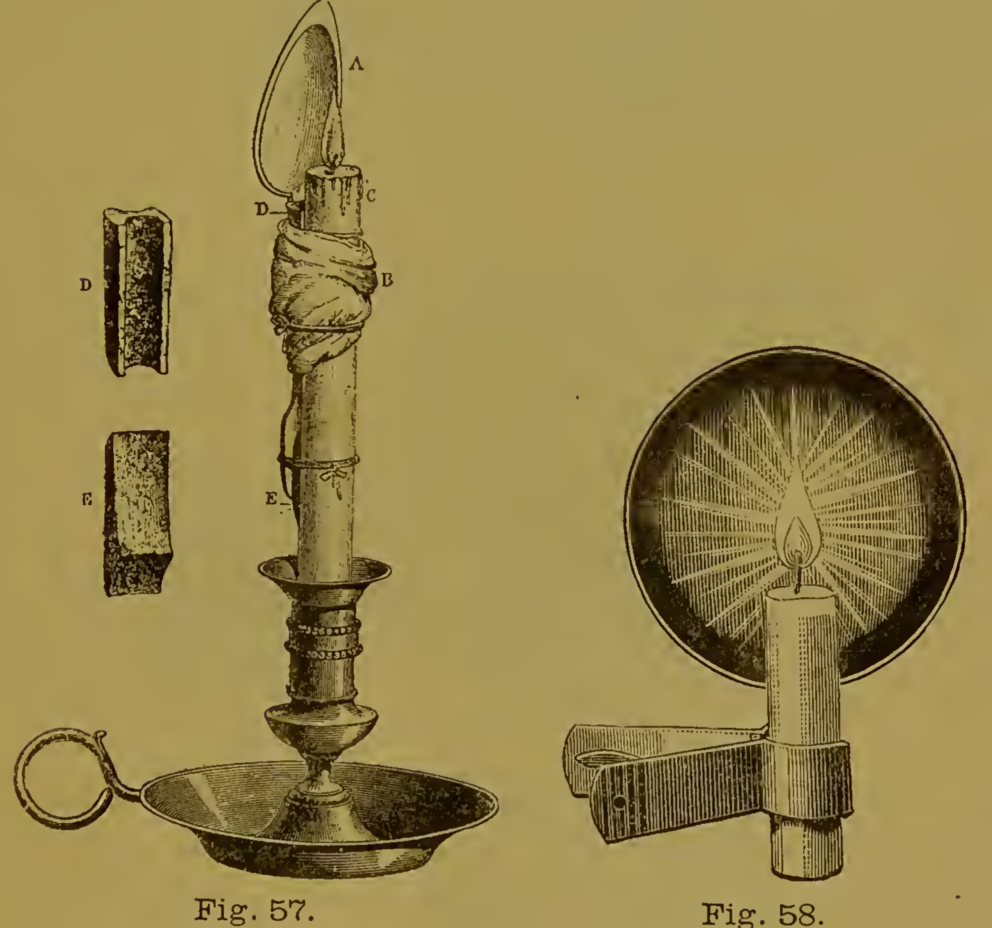


Fig. 57.
Cuchara reflectora, adaptada á una bujía.

Fig. 58.
Reflector de Braun.

puede utilizarse, ya por hallarse situada la enferma en un cuarto oscuro, ó bien por practicarse la exploración en una hora adelantada del día, entonces precisa hacer uso de aparatos lumínicos especiales.

Uno de los medios más sencillos que con frecuencia utiliza-

mos para proyectar la luz artificial hacia el útero, es, aplicando la concavidad de una cuchara de plata contra la llama de una bujía ordinaria; para fijar ese reflector se ata el mango por medio de un cordel (véase el grabado 57).

El grabado 58, representa otro aparato sencillo y portátil, el cual consiste en unas pinzas sujetando la bujía, cuya llama corresponde al centro del reflector con que termina.

Con la lámpara de Galante, se puede alumbrar con gran regularidad, y durante varias horas, profundidades de más de 20 centímetros. El combustible que se utiliza es la bujía, con la que, se evita el olor desagradable inherentes á la lámpara de Collin, alimentada con líquidos hidro-carburos.

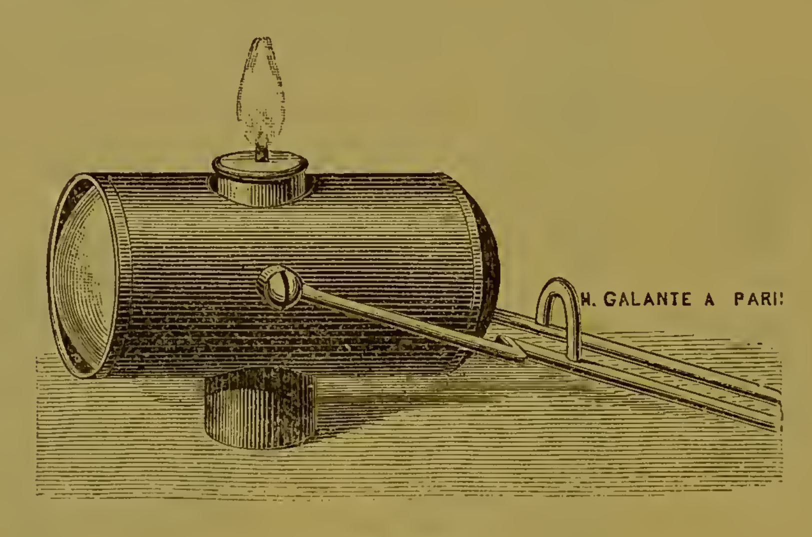


Fig. 59.

Lámpara de Galante.

Cuando se coloca la lámpara de Galante sobre una mesa (véase el grabado 59), la bujía arde al exterior y, al desear explorar alguna región, basta suspenderla por su mango; entonces, el cilindro en donde está colocada la bujía desciende de tal modo, que la luz permaneciendo en el centro del aparato, proyecta sus rayos luminosos, hacia la lente, gracias al espejo que contiene en el lado opuesto de ella.

Uno de los aparatos lumínicos más ingeniosos descubierto últimamente, es el fotóforo eléctrico de Trouvé, el cual tiene

por objeto alumbrar una región determinada, dejando en libertad las manos del práctico.

Este instrumento, inventado por el Sr. Helot, cirujano en

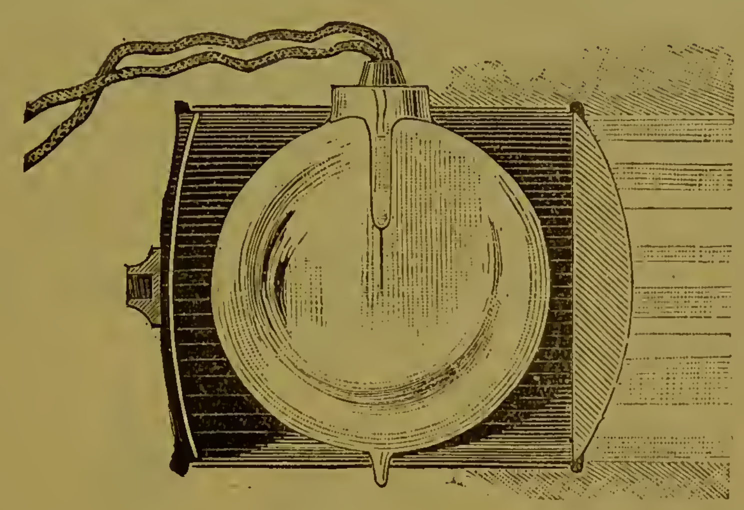


Fig. 60.
Fotóforo de Trouvé.

jefe del Hospitad de Rouen, fué presentado á la Academia de Medicina de París, y consta de una lámpara de incandescencia,



Fig. 61.
Fotóforo frontal.

colocada dentro de un cilindro metálico de tres á cuatro pulgadas de largo, entre un reflector y una lente convergente (véase el grabado 60). Dicho aparato, poco voluminoso y muy ligero,

puede colocarse en la frente, por medio de un cinturón apropiado con una chapa metálica, en cuyo centro existe una rosca ó tuerca para sostener la lente. Por medio de la electricidad, se produce una intensa luz con la que se examina perfectamente las cavidades que tratamos de explorar: á esa lámpara eléctrica se le puede variar de dirección, gracias á una charnela de que está provisto.

Se coloca en la parte central de la frente, entre las dos cejas y sobre la raíz de la nariz, al objeto de que acompañe dicha luz, la visual del operador.

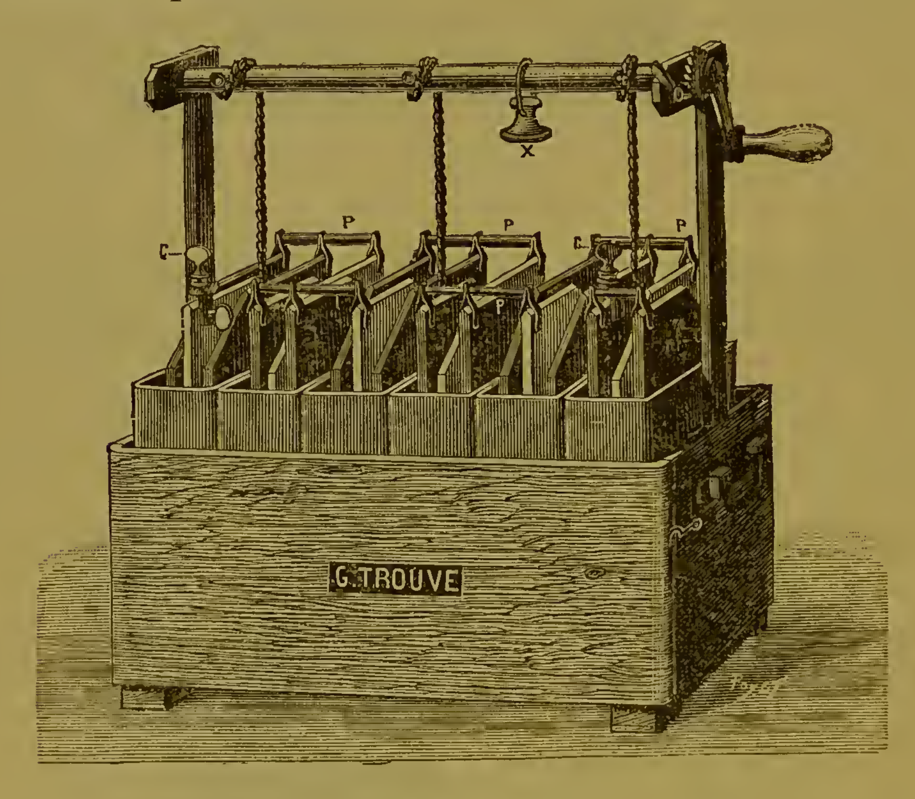


Fig. 62.

Pila de manubrio de Trouvé.

La corriente eléctrica se produce por medio de la pila de Trouvé.

El líquido que mantiene dicha pila, es una solución concentrada de bicromato de potasa: con la disposición especial dada por Trouvé, ha aumentado la duración é intensidad de producción.

Compónese de una caja de madera, la cual contiene á su vez seis cubetas de ebonita; cada una de éstas se halla en relación con un elemento formado de una lámina de zinc y dos de carbón; estas últimas están cubiertas en su parte superior de una capa de cobre incrustado por la vía galvánica, y presenta una abertura circular para dar paso á una barríta, que sirve para unir entre sí los elementos. El objeto del cobre es consolidar los carbo-

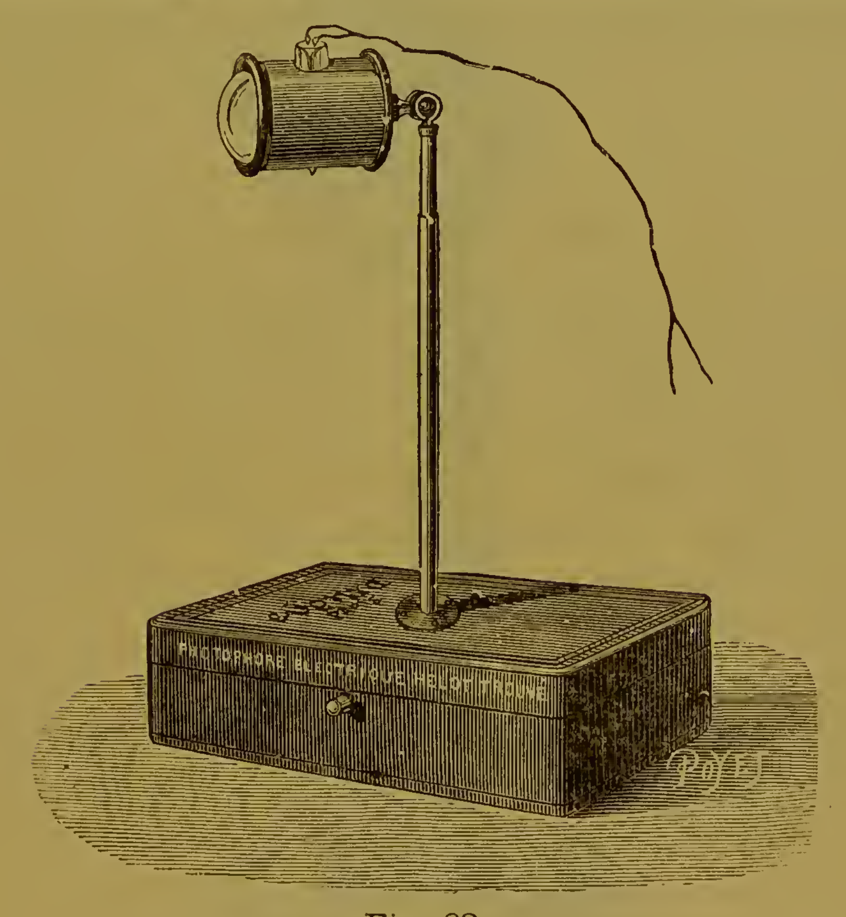


Fig. 63.

Fotóforo de Trouvé, colocado en una mesa.

nes y disminuir al mismo tiempo la resistencia del circuito exterior de la pila, aumentando á su vez la conductibilidad del carbón.

Las placas de zinc amalgamado están provistas, en su parte superior, de una escotadura para alojar un eje metálico recubierto de caoutchouc, el cual fija así sólidamente todo el sistema, y permite separar con facilidad los zincs, sea para amalgamarlos, sea con otro objeto.

Gracias al manubrio sostenido por dos montantes colocados

á los extremos del aparato, pueden sumergirse á voluntad los elementos en el líquido excitador y variar rápidamente la producción del flúido eléctrico. Para cargar la pila, se echarán en cada cubeta y por cada litro de agua, de 150 á 250 gramos de bicromato de potasa, reducido á polvo, se agita y luego se vierten paulatinamente unos 480 gramos de ácido sulfúrico.

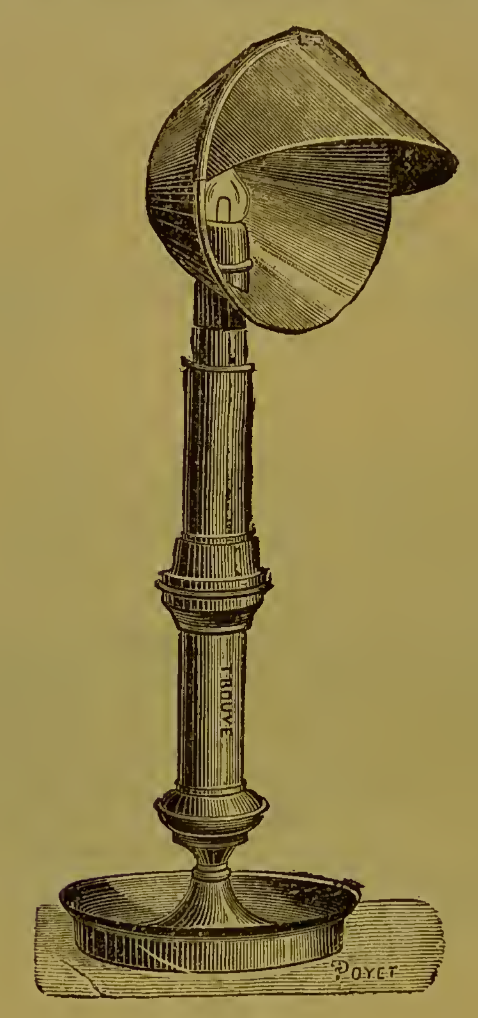


Fig. 64.

El fotóforo puede colocarse también en una espiga vertical que forma parte del aparato, cual representa el grabado 63, é iluminar la región que desee el ginecólogo. Por medio de la pila de Trouvé se pueden utilizar otras lámparas destinadas á proyectar los rayos eléctricos.

El modelo representado en el grabado 64, lo utilizaba Gallart, nuestro malogrado y sabio maestro de ginecología de París.

DE LA CIRUGÍA MENOR EN GINECOLOGÍA

CAPÍTULO I

Emisiones sanguíneas

Las emisiones sanguíneas del cuello uterino se practican con el escarificador ó bien con las sanguijuelas.

ARTÍCULO I

Escarificación del cuello

Para practicar la escarificación del cuello, esto es, diversas divisiones poco profundas en la porción vaginal del hocico de tenca, para determinar la salida en dicho sitio, de cierta cantidad de sangre, se coloca á la mujer en la posición precedentemente descrita para aplicarla el especulum; una vez que éste se haya introducido, se limpia el cuello con una torunda de algodón y se practican las incisiones, procurando que no profundicen más allá de 2 milímetros. Estas escarificaciones deben practicarse de delante atrás y paralelamente, unas de otras; el número de incisiones están en razón directa de la emisión sanguínea que se desee obtener.

Las escarificaciones pueden hacerse ya con un bisturí, ya con el escarificador, provisto de cuatro lancetas, ó bien con el que utilizamos en ginecología, que consiste en una lámina cortante de unos dos centímetros, adherida á un mango como el de los histerómetros.

Si se quiere extraer mayor cantidad de sangre, se puede aplicar sobre las escarificaciones, la ventosa uterina.

Cuando se ha terminado la emisión sanguínea, se colocará un tapón mojado en glicerina boricada, en relación con el hocico de tenca.

Si la hemorragia fuese más abundante de lo que el práctico deseara, se cohibirá aplicando sobre las incisiones, una torunda humedecida con percloruro de hierro.

Artículo II

De la aplicación de sanguijuelas sobre el cuello uterino

No hay duda que la aplicación de sanguijuelas en el cuello uterino, alivia y cura en la mayoría de casos la metritis crónica, la perimetritis, la ovaritis, y el hematocele peri-uterino ó sea el flegmón pelviano, disminuyendo el sistema sanguíneo del útero, determinando así, una derivación en el tejido uterino, trompas y ovarios.

Para aplicar esos *anélidos hirudo*, se le colocará á la paciente, el especulum de boj ó el de Fergusson, con objeto de que hallándose á la luz del instrumento únicamente el cuello uterino, lograr así, que las sanguijuelas se implanten en el sitio que deseamos.

Puesto así en descubierto, la porción vaginal del útero, se extraerán de él, por medio de algodón en rama, las mucosidades de que pueda estar cubierto, y, obturando el orificio externo del hocico de tenca con una bolita de algodón, se colocarán en el fondo del especulum cinco ó seis sanguijuelas; por medio de un tapón colocado á unos tres centímetros del cuello uterino se impide que esos enélidos regresen al exterior sin haber hecho presa en la región que el práctico quiere. El especulum tiene que permanecer bien aplicado en el fondo vaginal para evitar que las sanguijuelas se dirijan hacia la vagina.

A los veinte minutos, se nota señales de sangre en el tapón que impide la salida de la sanguijuela; entonces se extraerá éste á la par que los *anélidos hirudo*, los cuales se contarán para convencerse que no ha quedado ninguno en la vagina.

La hemorragia provocada por las sanguijuelas suele durar algunas horas, y como dicha deplexión sanguínea sea útil para

el tratamiento de la enfermedad que padezca la mujer, aconsejaremos á ésta, que guarde reposo en su cama, en decúbito supino hasta que el médico lo juzgue oportuno.

En alguna ocasión, las picaduras de las sanguijuelas en el cuello uterino, han provocado hemorragias sérias habiéndose visto obligado el ginecólogo á introducir de nuevo el especulum y, una vez proyectada abundante agua astringente para limpiarlo de sus coágulos, ha tenido que practicar un verdadero taponamiento vaginal.

CAPÍTULO II

Inyecciones.—Irrigaciones líquidas y gaseosas.—Duchas vaginales

Artículo I

Inyecciones vaginales

Las inyecciones son baños locales interiores, cuyo líquido introducido en la cavidad vaginal, por medio de instrumentos de formas variadas, puede permanecer allí más ó menos tiempo.

Los líquidos y substancias que se utilizan con este objeto, varían según las indicaciones que nos proponemos llenar.

Con frecuencia se usan para las inyecciones los cocimientos narcóticos, como adormidera, belladona, beleño, hierba mora, etcétera; los emolientes, como los de raiz de malvavisco, de linaza, de malvas, etc.; los astringentes, como los de quina, ratania, corteza de encina, hojas de nogal, etc., ó bien las disoluciones de alumbre, ácido bórico, percloruro de hierro, permanganato de potasio, coaltar saponiné Le Beuf, etc. Muchos son los instrumentos que se han aconsejado para las inyecciones vaginales; entre ellos, citaremos la jeringa de Higginson, el irrigador de Filliat (véase el grabado 65), el cual tiene la ventaja sobre los demás de su clase, el de estar construído con cristal, y

así, el líquido medicamentoso no ataca el metal con que se ha fabricado el irrigador.

Las inyecciones emolientes y narcóticas están indicadas en los estados inflamatorios del conducto útero vaginal; las de



Fig. 65.

Irrigador de Filliat.

agua caliente ya pura, ya saturada de substancias medicamentosas, han sido aconsejadas por Trousseau y otros prácticos para combatir las hemorragias.

El profesor Peter, de la Facultad de París, dice que con

ellas, ha podido curar metrorragias que habían resistido á los medios usados en tales casos.

La inyección debe practicarse con el agua tan caliente como la pueda soportar la paciente repitiéndola tres ó cuatro veces al día: á causa de la temperatura elevada del líquido, se excitan los ganglios lumbares, resultando de ahí, una sobreactividad de los vasos motores y una contracción consecutiva de las venas y arterias.

Las inyecciones frías provocan cierto estímulo en los órganos genitales, conviniendo por lo tanto, en el segundo periodo de la metritis crónica, cuando la vascularización del órgano se halla disminuída.

Se utilizarán los líquidos astringentes en los casos de metritis crónica si la leucorrea es abundante para determinar una astricción favorable en los tejidos y desingurgitar así, el útero; para que las irrigaciones astringentes den buen resultado, es preciso que el estado inflamatorío esté poco acentuado.

Es indispensable, para que la inyección se utilice con ventaja, que el líquido proyectado se ponga en contacto con las paredes de la vagina y cuello del útero; para ello, aconseja Delioux de Savignac, que se coloque á la mujer en la cama en decúbito dorsal, con las piernas y muslos en semi-flexión, procurando que éstos estén en abducción; la pelvis descansará sobre un almohadón, para que forme un plano inclinado hacia atrás y lograr así, que el líquido inyectado se estacione un poco en la vagina. En esa posición la enferma, se introducirá la cánula de caoutchouc, untada con aceite ó vasalina, presentándola antes á la parte inferior de la vulva de tal modo que la porción olivar de la cánula corresponda al ano; haciendo resbalar ésta hacia arriba y adelante, se introducirá fácilmente en la vagina; entonces, basta imprimirla cierta presión, procurando que la parte olivar siga la pared posterior de la vagina y quedará así introducida unos cuatro ó seis centímetros. En esa situación, se hará funcionar el aparato imprimiendo á la cánu-

la algunos ligeros movimientos de lateralidad, ya bajándola ó introduciéndola más, para que los pliegues vaginales queden perfectamente humedecidos.

Las enfermas pueden darse también las inyecciones vaginales, estando en el baño general; para ello, basta colocar un cubo de agua en medio de las paredes laterales de la bañadera, gra-

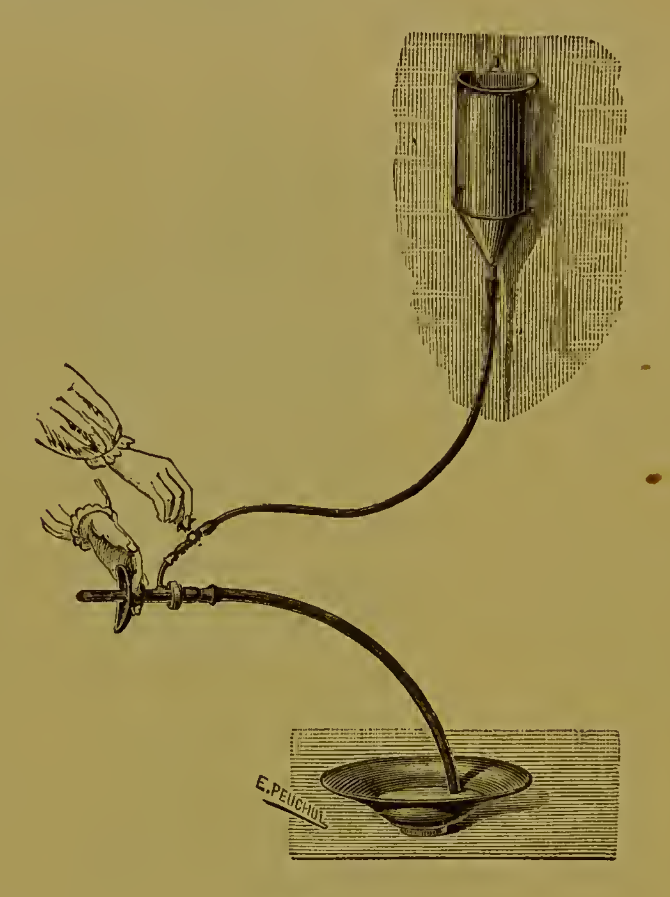


Fig. 66.

Irrigador de Conor.

cias á una tabla, y utilizar un tubo de goma puesto en relación con la cánula vaginal, el cual hará las veces de sifón.

Si no se quiere utilizar esa especie de ducha vaginal que acabamos de describir, puede utilizar un especulum de baño, y el agua de éste penetrará sin la menor presión en el conducto vulvo vaginal.

Artículo III

Irrigaciones vaginales

La *irrigación* es el paso lento y prolongado de un líquido ó de un gas, en la cavidad vaginal: puede practicarse con agua pura ó medicinal.

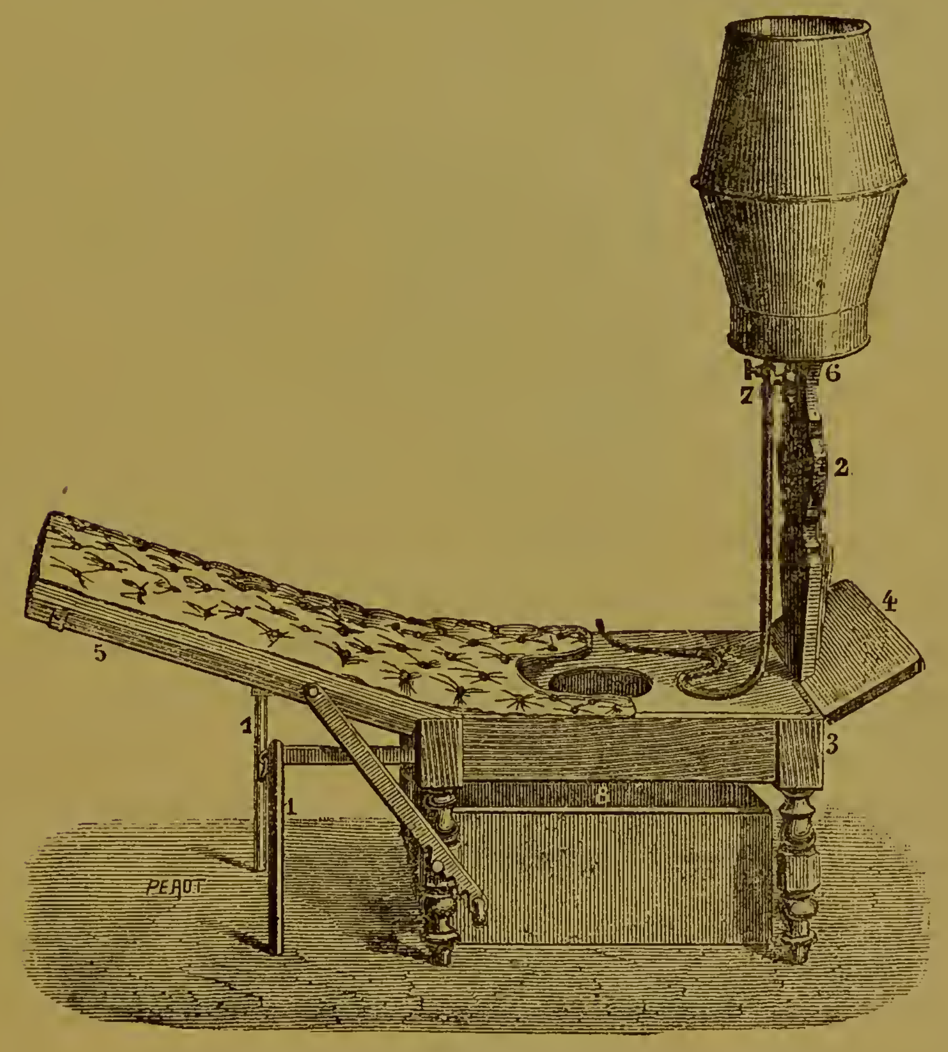


Fig. 67.
Aparato irrigador de Audouard.

Los gases que más se han utilizado son, el ácido carbónico, el vapor de cloroformo y el oxígeno.

§ I. *Irrigaciones líquidas.*—Estas irigaciones se pueden practicar con dichos aparatos: el más sencillo de todos consiste en un

recipiente de forma de embudo aplastado de la capacidad de unos dos litros, al cual se adapta un tubo de goma de 2 ó 3 metros de longitud, terminado con la cánula de caoutchouc flexible.

Para hacer funcionar este irrigador, bastará introducir en el recipiente el líquido que se quiera irrigar y suspenderlo de un clavo á la altura que se juzgue oportuno, según la presión que se quiera obtener.

El aparato de Conor (véase el grabado 66), es parecido al que acabamos de dèscribir; no obstante, es más completo, puesto que gracias á la cánula de doble corriente, el líquido irrigado es recogido en una vasija, que puede colocarse á distancia de la enferma, evitando á ésta, la molestia de tener que sentarse sobre la palangana para recoger el líquido que, una vez puesto en contacto con la vagina, tiene que salir al exterior.

El grabado 67, representa el irrigador de Audouard, construído por Mathieu de París: para usarlo, se colocará la paciente acostada sobre el respaldo y apoyando los pies en la plancha de madèra que se halla debajo del depósito de agua y se introducirá la cànula en la vagina: la llave de paso que existe entre el recipiente de agua y el caoutchouc, guardará la sadida del líquido medicamentoso.

La irrigación vaginal se utiliza para combatir diversas flegmasias de los órganos genitales, y sobre todo en las metrorragías.

La irrigación de agua fría tiene que durar de 20 á 30 minutos, para evitar la reacción que se efectúa si ésta cesa á los pocos minutos.

§ II. *Irrigaciones gaseosas.*—Los *tópicos gaseosos* que se han utilizado hasta el presente, son, el *ácido carbónico*, el *cloroformo* y el *oxígeno.*

A.—*Irrigaciones de ácido carbónico.*—El ácido carbónico se ha inyectado en la vagina, ya en el estado de gas, ya en disolución con agua.

El aparato más cómodo para inyectar ese gas, es el conocido con el nombre de su inventor Fordos (véase el grabado 68).

Para hacerlo funcionar, se introducen en una botella, cristales de ácido tartárico y bicarbonato de sosa en polvo, añadiendo luego cierta cantidad de agua.

Las dosis que Fordos aconseja son:

30 gramos de cristales de ácido tartárico del tamaño de avellanas, 38 gramos de bicarbonato de sosa reducido á polvo y 250 gramos de agua.

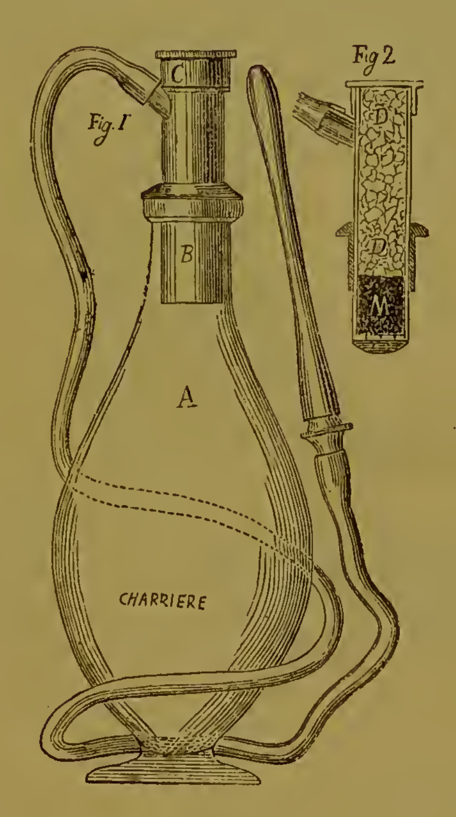


Fig. 68.

Aparato de Fordos.

La reacción que se verifica entre el ácido tartárico y el bicarbonato de sosa, produce el ácido carbónico, atravesando el tubo de estaño colocado en el cuello del aparato, el cual contiene fragmentos de mármol y de esponjas que, tamizando el gas le desalojan de las partículas nocivas y puede proyectarse así, hacia la vagina, gracias al tubo de caoutchouc de que está provisto el aparato.

El ácido carbónico puede inyectarse, por medio de las aguas naturales teniendo en suspensión dicho gas, ó bien preparándolas artificialmente, cual se hace con el agua de Seltz que por do quier se encuentra en sifones.

Con el aparato de Grilli se proyecta hacia el cuello uterino, durante largo tiempo, el líquido saturado de ácido carbónico: el agua resultante de la pulverización, sale al exterior, gracias á un tubo de goma de que está provisto el instrumento.

Las irrigaciones de ácido carbónico se utilizan en las afecciones dolorosas del útero, tales como la dismenorrea neurálgica, el vaginismo, epitelioma uterino.

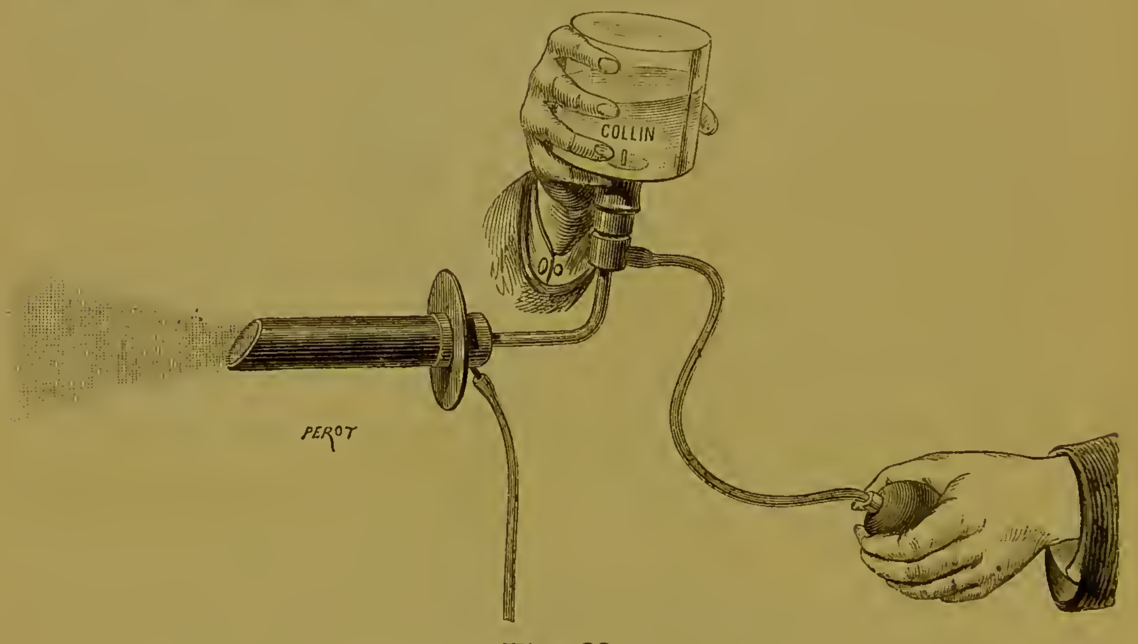


Fig. 69.

Aparato del profesor Grilli, para proyectar ciertos gases contenidos en varios líquidos.

B.—*Irrigaciones con los vapores de cloroformo.*—Estos vapores pueden inyectarse por medio del aparato de Scanzoni, el cual se compone (1) de una vejiga de goma elástica vulcanizada, provista de una cánula de madera que se adapta por su tornillo á uno de los polos de una esfera hueca de latón: esta esfera, tiene unos cincuenta y dos milímetros de diámetro y puede se-

(1) *Scanzoni:* Tratado práctico de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer.

pararse en dos mitades. El polo opuesto tiene igualmente una abertura en la cual está fijo un tubo del mismo metal, al cual se adapta otro de goma elástica vulcanizada, de unos cincuenta centímetros de largo. Este último se termina por un anillo en el cual se atornilla una cánula uterina; el tornillo y la cánula son de asta.

Para hacer funcionar este pequeño aparato, no hay más que poner en la cápsula de latón un poco de algodón humedecido con cloroformo, y en seguida se introduce la cánula en la vagina. Con la presión ejercida en la vejiga ó pera de caoutchouc, se

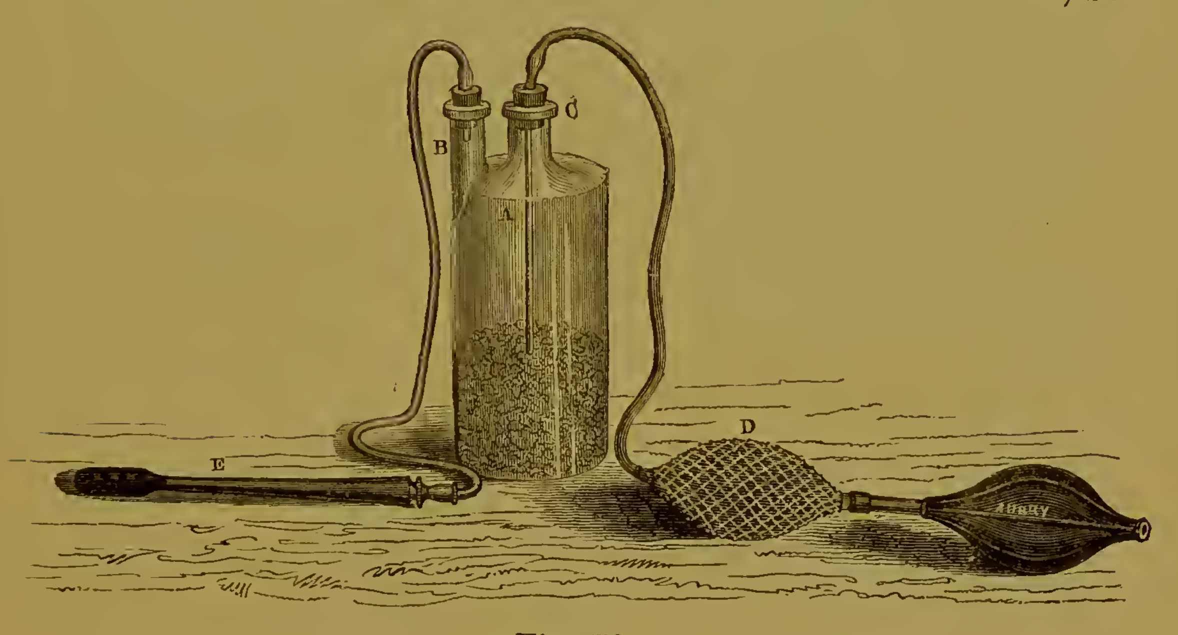


Fig. 70.

Aparato para la irrigación de vapores de cloroformo.

hace pasar el aire que contiene ésta á la esfera de latón, en donde se satura de vapor de cloroformo, arrastrándole con él al cuello uterino.

Scanzoni ha utilizado esas irrigaciones en los cólicos uterinos, obteniendo satisfactorios resultados.

También podemos inyectar los vapores de cloroformo por medio del aparato que representa el grabado 70, que es de fácil manejo; en efecto, basta colocar algodón impregnado de cloroformo en un frasco provisto de dos aberturas, y adaptando en el tapón central, un tubo de cristal en comunicación con un in-

suflador, y en la abertura lateral otro tapón provisto de un cordón de goma en cuya terminación se adapte la cánula vaginal. Toda presión que se efectúe sobre la pera de goma, proyectará los gases de cloroformo hacia la región que se dirija la cánula.

C.—*Irrigaciones con el oxígeno.*—Este gas es conocido desde época remota.

A mediados del siglo XV, Leonardo de Vinci supuso la existencia del oxígeno, puesto que en su tratado sobre el «aire y la llama» encontramos estas líneas:

«El fuego destruye constantemente el aire que le mantiene, y llegaría á formar el vacío á su alrededor, si otro aire no le substituyera. Cuando el aire no se halla en condiciones apropiadas para recibir la llama, no puede existir ni la llama, ni ningún animal terrestre ó aéreo.»

A Henshaw, médico inglés, se le atribuye por algunos A. A. el primer ensayo del oxígeno en 1664.

Sin embargo, es necesario remontarnos al año 1774-75, para tener idea positiva del oxígeno, descubrimiento obtenido por tres químicos eminentes, pertenecientes á tres diferentes naciones: Priesley en Inglaterra, Scheele en Suecia y Lavoisier en Francia.

En 1774, Priesley obtuvo el aire *deflogisticado* exponiendo bajo los rayos de una lente de gran potencia, cierta cantidad de mercurio calcinado *per se.*

En 1775, Lavoisier aisló el gas obtenido por Priesley, dándole el nombre de oxígeno, haciendo al mismo tiempo el análisis y la síntesis del aire.

En esa misma época, Sheele, ignorando los trabajos de Priesley y de Lavoisier, aisló también el oxígeno y lo denominó *aire de fuego.*

Por el año 1790-92, Beddoës, profesor de Química de la Universidad de Oxford, que desde algún tiempo se ocupaba de las aplicaciones de oxígeno para tratar ciertas enfermedades, fundó en Inglaterra un establecimiento especial, al cual denominó *Instituto pneumático,* dedicado al tratamiento de las enferme-

des por medio de ese agente curativo. Secundóle el célebre físico inglés James Watt, quien aprovechó, antes que nadie, la fuerza motriz por medio del vapor.

Los doctores alemanes Menchings, Gritanner, Hufeland y otros practicaron diversos experimentos con dicho agente terapéutico para establecer conclusiones.

En Suiza, y en este mismo período, los ilustrados médicos Odier y Jurine recogían numerosas observaciones, sobre el empleo del oxígeno.

En 1826 Millingen, médico inglés, se ocupó en una de las sesiones de la Academia Real de Medicina, de las virtudes terapéuticas del oxígeno, haciendo construir más tarde un gasómetro para las inhalaciones de dicho gas.

En 1830 Brouglton publicó un opúsculo con el epígrafe: *Recherches expérimentales sur les effets phisiologiques de l'oxygéne et d'autres gaz sur l'économie animal.* Las conclusiones de este sabio inglés no fueron favorables al oxígeno, puesto que decía, que los animales sometidos á las inhalaciones del aire vital puro, morían antes de que este gas se absorbiera del todo. A esto contestó el eminente C. Bernard, diciendo que la causa de la muerte de dichos animales, era debida á la absorción del ácido carbónico depositado en la parte inferior del aparato en que tales pruebas se practicaban.

En efecto, sabido es que el ácido carbónico es más denso que el oxígeno, por lo tanto, tendía á colocarse en la parte inferior del mismo, y llegaba momento que en vez de respirar oxígeno, los animales inhalaban el gas que se hallaba á su alcance y perecían rápidamente.

Por el contrario, si los aparatos dedicados á dichas investigaciones estaban construídos de tal modo, que el ácido carbónico que exhalaba el animal iba saliendo de los receptáculos *ad hoc;* ó bien, si se colocaban los animales á cierta altura, éstos no perecían, como hacía constar el médico inglés.

Los Dres. Doyére, Baylli, Magendie, Hutin y Olivé, se ocuparon sucesivamente de las propiedades del oxígeno.

El Dr. Doreau, refiere que Ozanam (1863) comunicó á la Academia de Ciencias de París una Memoria sobre el agua oxigenada, é indica el medio de prepararla.

Foucras publicó en 1863 su tesis inaugural y cita cuatro casos de gangrena senil curados por medio del oxígeno.

En 1864, los Dres. Demarquay y Leconte presentaron á la Academia de Ciencias de París, tres Memorias en las que, describen los resultados de sus investigaciones de la acción fisiológica del oxígeno sobre la economía.

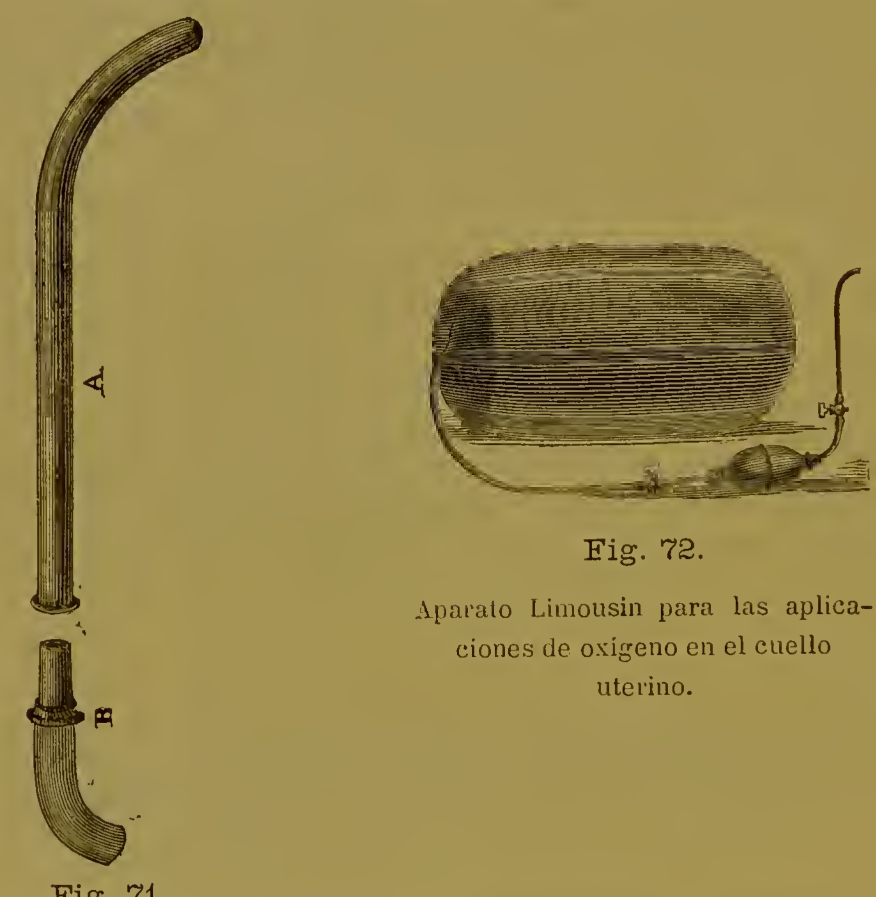


Fig. 72.

Aparato Limousin para las aplicaciones de oxígeno en el cuello uterino.

Fig. 71.

En 1874, pude apreciar las experiencias que el malogrado Gubler hizo en el hospital Beaujon de París.

He usado el oxígeno en irrigaciones uterinas y combate admirablemente las úlceras del cuello de la matriz.

El grabado 71, da una idea clara del aparato Limousin, el cual puede adaptarse á una cánula cual representa el grabado 72, para proyectar el gas vital al cuello de la matriz.

DE LA PREPARACIÓN DEL OXÍGENO PURO PARA EL USO MÉDICO

Con justo motivo, los químicos de todos los tiempos se han ocupado con interés de la obtención del oxígeno puro, para el uso médico.

Vamos á citar los principales métodos seguidos ó aconsejados para preparar el oxígeno (1).

1.° Descomposición del peróxido de manganeso;

2.° Descomposición del cloruro de cal;

3.° Procedimiento de Boussingault por medio de la barita;

4.° Descomposición del ácido sulfúrico ó de los sulfatos por medio del calor;

5.° Acción del ácido sulfúrico sobre el bicromato de potasa;

6.° Procedimiento de Mallet por el cloruro de cobre;

7.° Procedimiento de Fleitmann por la descomposición de los hipocloritos bajo la acción de una sal de cobalto;

8.° Procedimientos de Tessié por los manganatos alcalinos;

9.° Descomposición del agua y otros medios;

10. Descomposición del clorato de potasa (Limousin).

De todos los procedimientos que acabamos de indicar para obtener el oxígeno, el último, ó sea el que consiste en la descomposición del clorato potásico, es el más seguido.

El oxígeno se puede obtener por la descomposición del clorato de potasa, en un simple matraz de vidrio, pero necesitándose una temperatura muy elevada para que dicho gas se obtenga, los matraces se rompen con facilidad.

En 1864-65, S. Limousin construyó un aparato *ad hoc*, para obtener el aire vital.

Para preparar dicho gas, Limousin mezclaba un kilogramo de clorato de potasa bien seco con 400 gramos de peróxido de manganeso puro, reducido á polvo bien fino. Introducía la mezcla en una retorta A (véase el grabado 73) de unos 4 litros de

---

(1) Véase para más detalles la preciosa obra del malogrado S. Limousin de París: *Contribution à la pharmacie et à la thérapeutique.*

capacidad, provista de un apéndice en el que se adapta un tubo de vidrio, gracias al corcho B.

El tubo C, llega hasta el fondo del frasco lavador D, cuya capacidad es de unos 3 litros; el líquido, que ocupa la tercera parte del recipiente, es una solución de cal.

A medida que el oxígeno se va desprendiendo del clorato de potasa, previo el lavatorio en D, pasa al reservorio E, lleno de agua, y cuya capacidad es de unos 250 litros.

Por medio de tapones, fíjanse dos tubos, de los cuales uno

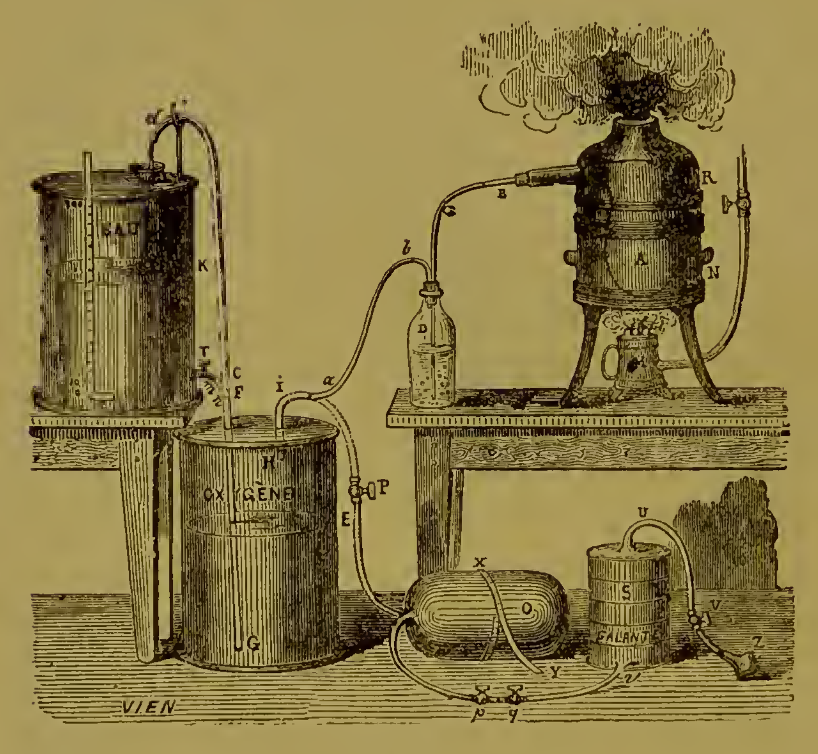


Fig. 73.

FG, se sumerge casi hasta el fondo, al paso que el otro HI, apenas excede la pared superior del reservorio.

Llegando el gas por el tubo HI, puesto en relación con la superficie del líquido contenido en el receptáculo FG, va empujándole hacia el reservorio superior K, de igual capacidad que el primero, y colocado en un nivel superior.

A medida que se forma el oxígeno, gracias al calor desprendido por el hornillo de gas del alumbrado M, la presión que este

gas ejerce sobre la superficie del agua contenida en H, la hace subir por medio del tubo G, hacia el reservorio K.

Ahora bien, si de los 250 litros de oxígeno obtenidos con el aparato primitivo de Limousin, queremos extraer 30, por ejemplo, se abrirá la llave T del aparato K, y se proyectará cierta cantidad de agua en H. El oxígeno contenido en H se comprimirá y encontrando expedita la abertura I, llenará rápidamente el saco de goma O, provisto de su correspondiente llave P, y ésta se pone en relación con el inhalador que se quiere, por ejemplo, con el de Galante representado con la letra S en el mismo grado.



Fig. 74.

Fig. 75.

El aparato que acabamos de describir presenta entre otros inconvenientes el de necesitarse muchas piezas, y ocupar mucho lugar. S. Limousin ha hecho construir otro aparato mucho más portátil por medio del cual, el mismo enfermo puede preparar 30 litros de oxígeno puro, en menos de quince minutos, sin correr el menor riesgo y con poco gasto.

Compónese de una retorta de acero fundido (fig. 74) y bruñido en toda su superficie. Esta retorta está formada de dos cascos hemisféricos dispuestos de tal manera, que se adaptan

entre sí tan exactamente, gracias al sistema de ruescas (fig.75) que el cierre es hermético.

Un frasco lavador de 1 ó 2 litros de capacidad, una lámpara de alcohol, y un saco de goma, completan el sistema.



Fig. 76.

Para hacerlo funcionar es necesario: 1.º colocar en la retorta 100 gramos de clorato de potasa y 40 gramos de peróxido de manganeso, íntimamente mezclados. Conviene que el clorato de potasa esté bien seco y que el peróxido de manganeso sea bien puro, y que no contenga ni cloruros ni nitratos.

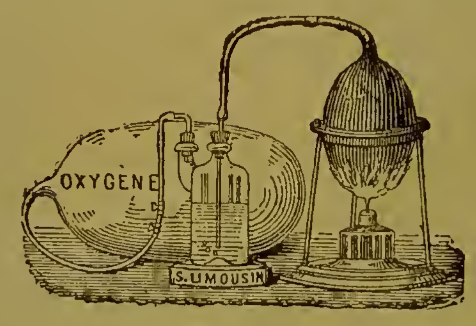


Fig. 77.

Hecho esto, tornillense bien las dos partes de que se compone la retorta de acero, por medio de la llave inglesa (fig. 76), que forma parte del aparato, póngase en comunicación, el cuello de la retorta con el frasco lavador conteniendo una solución ténue de potasa cáustica, y alúmbrese la lámpara de alcohol



Fig. 78.

colocada debajo de la retorta: el tubo pequeño del frasco lavador, se pondrá en relación con la llave del saco de caoutchouc (véase el grabado 77).

Ahora bien, como que el desprendimiento del oxígeno se ve-

rifica con mucha rapidez, y la llave anexa al saco presentaba poca luz para dar paso al gas que se iba formando en la retorta, la expansion de dicho flúido vital, dentro del frasco lavador, ocasionaba el destape del mismo.

Para corregír este accidente, Limousin hizo construir la llave de tal manera, que pudiese desenroscarse (fig. 78) en el acto de llenarse el saco de oxígeno, y una vez aprisionado en él, y separado del frasco lavador, basta ejercer una ligera presión más abajo de la llave y enroscarla convenientemente.

Antes de separar el saco de oxígeno del frasco lavador conviene apagar la lámpara para evitar que el agua se introduzca en la retorta.

Terminada la operación, y cuando el aparato se ha enfriado, se procede á su limpieza, destornillando los dos cascos de la retorta, por medio de la llave inglesa ya citada, construída bajo forma de espátula, para facilitar la extracción del peróxido de manganeso y cloruro de potasio que se encuentra en la parte inferior de la retorta. No conviene mojar *nunca* la retorta porque se oxidaría inmediatamente y sería inservible.

CAPÍTULO III

Curaciones uterinas y vaginales

Damos el nombre de curación uterina ó vaginal à la aplicación directa de un tópico sobre el hocico de tenca ó sobre las paredes de la vagina.

Diversas son las substancias medicamentosas que se utilizan en ginecología para tratar las enfermedades de la vagina y del útero, pudiendo dividirlas no obstante, en sólidas, semi-sólidas, pulverulentas y líquidas.

Artículo I

Entre los tópicos sólidos que acostumbramos aplicar citaremos los tapones ó torundas, y las cataplasmas ó saquillos vaginales.

§. I. *Tapones.*—Los tapones se suelen hacer con algodón en

rama ó bien con hilas: la primera substancia es preferible, puesto que, una vez atado con el hilo protector, no se tiene que tener el menor recelo de que, al extraerlo, quede en la vagina ninguna hilacha cual acostumbra á suceder utilizando las hilas para dicho objeto.

El algodón que utilizo en mi clínica para las torundas es el boratado ó bien el fenicado: el hilo conductor que suele aplicarse sobre el tapón, sirve para poder extraer la torunda sin necesidad de valernos de pinzas. Los tapones suelen emplearse enteramente solos, como en los casos de vaginismo, para separar entre sí las paredes de la vagina, ó bien impregnados de substancias medicamentosas, para corregir una determinada lesión del cuello uterino: comunmente se utilizan los siguientes líquidos: glicerina, coaltar saponiné Le Beuf, tintura de iodo, para aplicarlos con el tapón en sitios determinados.

Para practicar el taponamiento, se coloca á la mujer en la misma posición que se exige para los reconocimientos vaginales, se introduce el especulum y con unas pinzas largas se coge el tapón y se aplica sobre el cuello de la matriz; si se quiere practicar un taponamiento completo, se introducen varias bolitas de algodón en rama atadas unas con otras entre sí, hasta rellenar la cavidad vaginal.

En ciertas ocasiones conviene que el polvo medicamentoso permanezca sobre el cuello uterino; entonces, una vez que el medicamento se halle en relación con la ulceración, por ejemplo, es necesario hacerlos permanecer con la ayuda de una torunda.

§ II. *De los cataplasmas ó saquillos vaginales.*—M. H. Delisle aconseja la confección de cataplasma con algodón en rama, sobre la cual se vierte una infusión concentrada de *fucus crispus*, dejándola secar en la estufa. Para utilizarla, se cortará un cuadrado de esta cataplasma, del diámetro de seis centímetros de lado y sumergiendo algunos instantes en agua tibia para reblandecerla, se enrosca sobre ella misma en forma de cilindro y se le ata un cordón para que sirva de fiador.

Los *saquillos* se confeccionan con muselina clara y no engomada, á la que se da la forma de un dedo de guante, se llena de substancia medicamentosa y se cierra su abertura con un cordonete que sirve á la vez de fiador.

Estos saquillos se suelen rellenar con polvos de quina, de rata-



Fig. 79.
Porta-tópico Delisle provisto de un tapón.

nia, de alumbre, ácido bórico, de harina de linaza, polvos de almidón ó fécula de patata. Esta clase de tópicos los usamos contra la vaginitis y en gran número de afecciones inflamatorias del útero.

Los tapones ó saquillos pueden ser aplicados por el médico ó bien por la misma enferma. Aconsejamos que se utilicen dia-

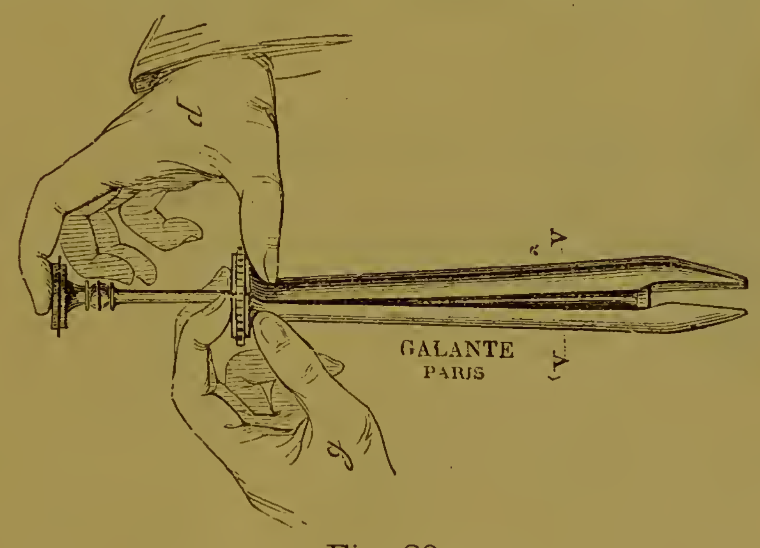


Fig. 80.
Porta-tópico Delisle.

riamente, cuando sea preciso, durante largo período de tiempo, para que produzcan el resultado que se desea.

Para que la enferma se aplique ella misma los tapones y saquillos, tiene que hacer uso del porta-tópico vaginal de M. Delisle (véanse los grabados 79 y 80), el cual consiste, como de-

muestra la figura, en un tubo formado de dos valvas huecas, entre las cuales resbala un pistón, destinado á introducir el tapón en la vagina, y trayendo hacia fuera el fiador de que está provista la torunda.

El porta-tapón de Mayer y Meltzer representado en la fig. 81 es de fácil aplicación y apenas difiere de los precedentes.

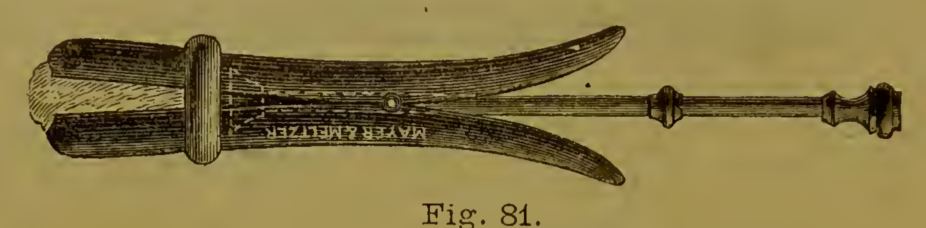


Fig. 81.

Porta-tapón de Mayer y Meltzer.

Para la aplicación de estos aparatos, la mujer debe estar acostada en la cama, teniendo sus piernas en flexión; esto es, en la misma posición que aconsejamos para practicar el tacto vaginal.

Artículo II

Tópicos pulverulentos

Desde muy antiguo se han aconsejado diversos tópicos, en estado pulverulento para tratar las ulceraciones superficiales del cuello del útero, como igualmente, para combatir la vaginitis.

Mi ilustrado profesor de ginecología de París, el Sr. Siredey, usaba con frecuencia, para combatir la inflamación de la mucosa vaginal, la siguiente fórmula:

Corteza de roble pulverizada.. . .	100	gramos.
Ácido fénico..	10	»
Esencia de tomillo.	5	»

M. exactamente.

Una vez aplicado el especulum, echaba hacia el cuello uterino con una cucharita, cierta cantidad de la mezcla precedente y, gracias á una torunda de algodón, se mantenía en relación con las partes enfermas.

La substancia pulverulenta puede introducirse en la vagina, por medio del porta-tópico Delisle (véase el grabado 82).

Gallard empleaba con frecuencia una mezcla de partes iguales de subnitrato de bismuto y almidón.

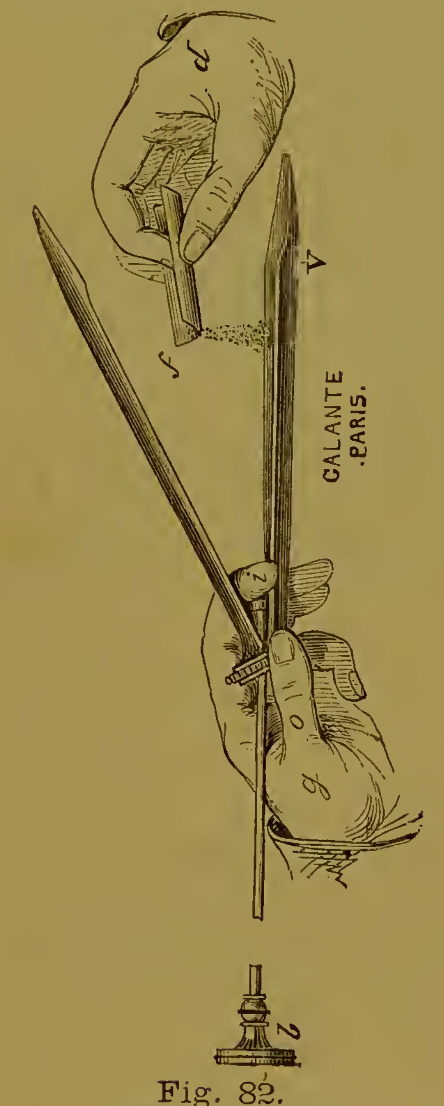


Fig. 82.
Porta-tópico Delisle, para proyectar el polvo medicamentoso hacia el cuello uterino

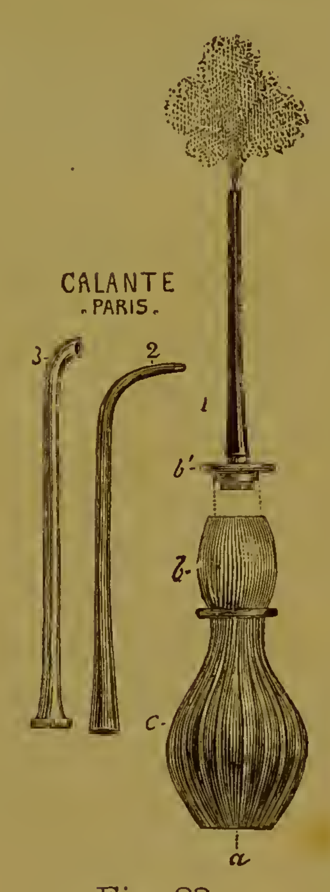


Fig. 83.
Insuflador de Galante.

M. Millard emplea para curar la vulvitis, que se desarrolla tan á menudo durante el embarazo, la mezcla siguiente:

Talco en polvo.	aa 50 gramos.
Fécula de patata.	
Tanino porfirizado.	10 »

Mézclese bien.

El alumbre y el tanino, en polvo, se usan también.

Estos polvos los proyecta hacia los órganos afectos, por medio del insuflador que representa el grabado 83.

Artículo III

Tópicos semi-sólidos

Entre estos tópicos citaremos las pomadas y los supositorios.

§ I. *Pomadas.*—Las pomadas que comunmente se usan son las de ioduro de potasa, el glicerolado de almidón adicionado de substancias activas, como la belladona, el iodoformo, tanino, retama, etc.

Para aplicarlos, se hace uso del especulum: introducido éste en la vagina, se impregna un tapón de algodón con la substancia medicamentosa, y se aplica sobre el cuello de la matriz; el tapón va provisto de un cordonete que sirve para extraerlo cuando el ginecólogo lo indique.

§ II. *Supositorios vaginales.*—Los supositorios vaginales se elaboran con substancias calmantes, astringentes, resolutivas, etcétera; están formados de manteca de cacao ó bien de glicerina con cola de pescado, adicionando en el medicamento activo lo que el ginecólogo prescriba.

Comunmente se les da la forma de una aceituna grande; se introducen en la cavidad de la vagina, tan profundamente como se puede, por la noche al acostarse la enferma; al otro día, debe practicarse inyecciones vaginales de agua tibia teniendo en disolución ácido bórico al 3 por 100, con objeto de hacer salir al exterior, las substancias no absorbidas del supositorio.

A continuación publicamos las quince fórmulas que con frecuencia prescribimos desde 1880.

Fórmula I

Glicerina.	25	gramos.
Hidrato de cloral.	0'50	»
Extracto de retama.	0'25	»

FÓRMULA II

Glicerina.	25	gramos.
Extracto de belladona.	0'03	»

FÓRMULA III

Glicerina.	25	gramos.
Sulfato de zinc.	0'10	»
Extracto de belladona.	0'03	»

FÓRMULA IV

Glicerina.	25	gramos.
Cloruro de zinc.	0'10	»
Clorhidrato de morfina.	0'05	»

FÓRMULA V

Glicerina.	25	gramos.
Clorato de potasa.	0'25	»
Clorhidrato de morfina.	0'02	»

FÓRMULA VI

Glicerina.	25	gramos.
Sulfato de alúmina.	0'25	»
Extracto de ratania.	0'10	»

FÓRMULA VII

Glicerina.	26	gramos.
Ioduro potásico.	0'25	»
Tintura de iodo.	0'10	»

FÓRMULA VIII

Glicerina.	25	gramos.
Carbonato de sosa..	1'50	»

FÓRMULA IX

Glicerina.	25	gramos.
Borato de sosa.	2	»
Sulfato de morfina..	0'05	»

FÓRMULA X

Glicerina.	25	gramos.
Borato de sosa.	1	»
Tanino.	0'03	»
Extracto de belladona.	0'05	»

FÓRMULA XI

Glicerina.	25	gramos.
Extracto de ratania.	0'22	»
Magnesia.	0'15	»

FÓRMULA XII

Glicerina.	25	gramos.
Nitrato de plata.	0'20	»
Sulfato de morfina..	0'05	»

FÓRMULA XIII

Glicerina.	25	gramos.
Ácido fénico.	0'30	»
Tanino.	0'60	»
Extracto de belladona.	0'30	»

FÓRMULA XIV

Glicerina.	25	gramos.
Iodoformo..	0'50	»
Extracto tebáico.	0'03	»

ARTÍCULO IV

Tópicos líquidos

Con frecuencia utilizamos en ginecología los *tópicos líquidos;* entre ellos citaremos los calmantes, como el láudano, tintura tebáica, la glicerina, el cocimiento de hojas de matico, etc ; los fundentes como la tintura de iodo, nitrato de plata, etc ; los astringentes, soluciones de alumbre, tanino, agua blanca, etcétera, etc.

Para aplicar dichos tópicos líquidos, aconsejamos que se enjugue bien, con un tapón de algodón, las paredes, el fondo de la vagina, se introduce un especulum apropiado, según el sitio del útero ó vagina que se quiere curar, y por medio de un pincel ó torunda de algodón mojado en el líquido, se tocan las partes enfermas.

Nuestro ilustrado compañero de París, M. Chéron, usaba la

glicerina, con frecuencia, en su clínica de ginecología, empapando un algodón en ella, el cual colocaba en contacto directo con el cuello uterino. Bajo la influencia de ese liquido, experimentan las mujeres un aumento de secreción de las glándulas.

CAPÍTULO IV

Curaciones de la vulva

Entre las enfermedades de la vulva que necesitan tratarse con sencillas curaciones, citaremos la inflamación de los grandes labios, la foliculitis simple, el prurito vulvar, etc.

Estas diversas lesiones, necesitan tratamientos diferentes.

Las curaciones de la vulva, consisten en lociones y baños de agua saturada de principios medicinales.

En algunas ocasiones, aconsejamos la aplicación sobre la vulva de cataplasmas de fécula de arroz, de patata, ó bien expolvorearla con polvos de licopodio, de roble, de sub-nitrato de bismuto, de tanino iodoformo, etc.

También puede recurrirse al uso de diversas pomadas.

ARTÍCULO I

Inflamación de los grandes labios.

Esta enfermedad consiste en la tumefacción de la piel, y tejido subcutáneo que constituyen los grandes labios; se nota con bastante frecuencia en las mujeres embarazadas, sobre todo, si padecen leucorrea; comunmente, se observa que el punto de partida de dicha inflamación corresponde al conducto de la glándula vulvo-vaginal.

En algunas ocasiones hemos notado dicha inflamación flegmonosa de los dos grandes labios en recién paridas, siendo la

causa, á nuestro modo de ver, la presión ejercida por la cabeza del feto, sobre las partes blandas de la vulva.

A la enferma le aqueja en sus órganos genitales externos, calor, tumefacción y dolores lancinantes, los cuales pueden extenderse hacia la ingle y muslos, dando lugar á la formación de abscesos simpáticos en los ganglios inguinales.

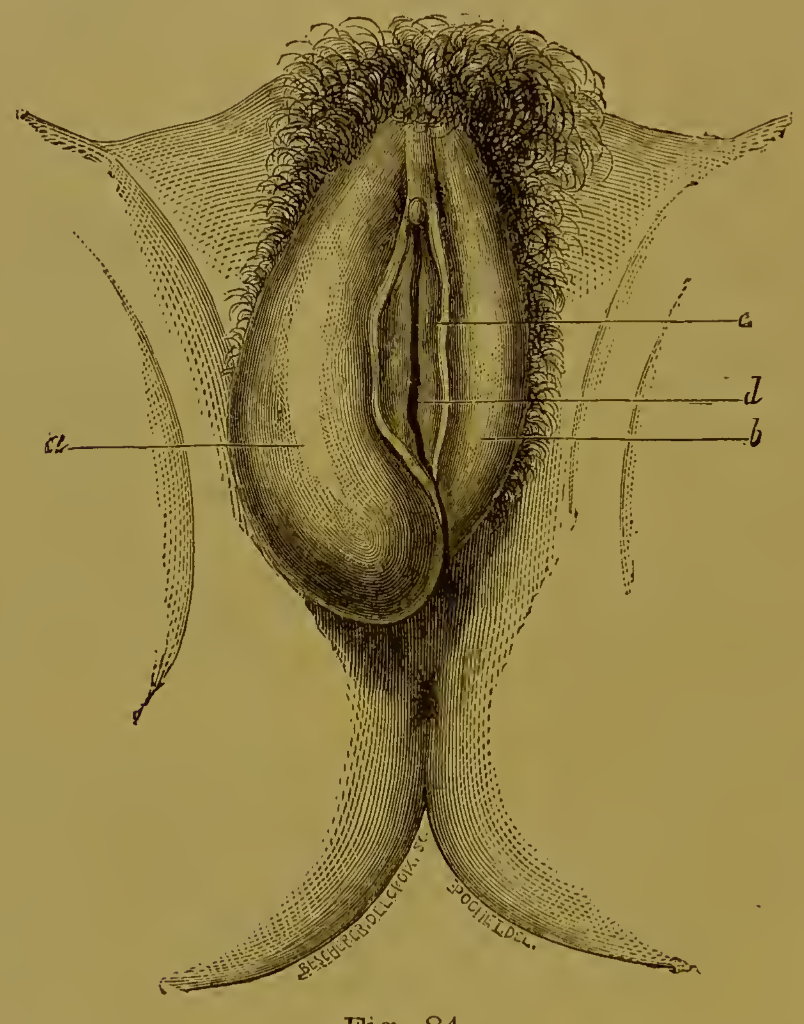


Fig. 84.

Inflamación flegmonosa de los grandes labios: *a* grande labio derecho inflamado: *b* idem izquierdo en estado normal: *d* orificio vaginal.

El tratamiento es sencillo, obteniéndose la curación rápidamente, si se llama al médico desde el principio de la enfermedad.

Artículo II

Foliculitis vulvar

En otras ocasiones, la inflamación se generaliza en los órganos genitales externos, notándose en ellos, intensa rubicundez, y cierta exudación blanca; á los pocos días de persistir dicha inflamación vulvar, se observan multitud de granos con un punto blancuzco, el cual abierto, deja tantas ulceraciones cuantos granos existían. A la enferma le aqueja, entonces, una

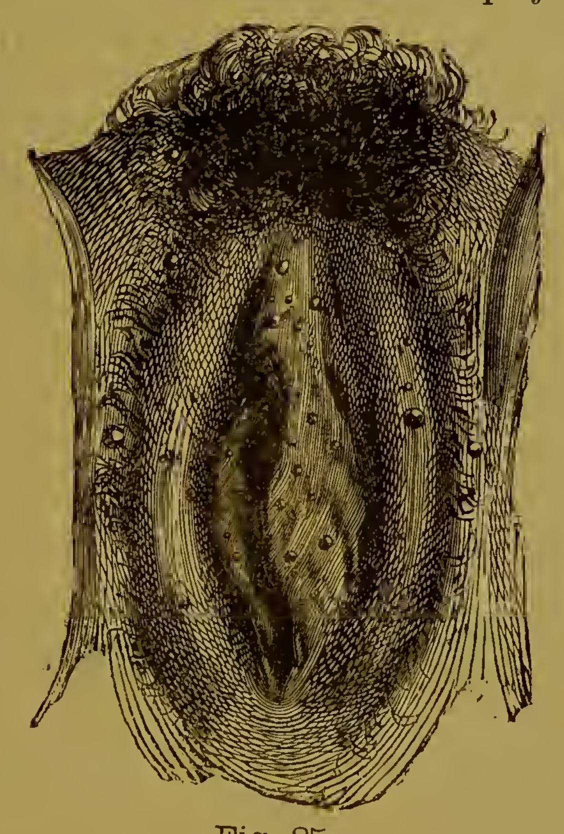


Fig. 85.
Feliculitis vulvar (Huguier).

sensación sumamente dolorosa; cuando orina dice que parece talmente, como si la quemaran. La tumefacción debida á la foliculites (véase el grabado 85), no es tan considerable como la afección indicada precedentemente.

Artículo III

Prurito vulvar

El *prurito* vulvar no es exclusivo de las mujeres embaraza-

das, pero se le observa á menudo en dicho estado de gestación. Bajo este nombre se designa una afección caracterizada por una comezón viva, irresistible, que se desarrolla en las partes genitales externas, y que hasta penetra á veces dentro de la vagina.

El tratamiento consiste en baños repetidos y lociones de agua vegeto-mineral cinco ó seis veces al día; muchas veces se exaspera andando, en cuyo caso está indicado el reposo.

Es muy útil colocar entre los labios de la vulva una compresa fina empapada en agua vegeto-mineral, con objeto de hacer cesar la comezón, separando al mismo tiempo la superficie cutánea.

En nuestra visita particular hemos obtenido buenos resultados haciendo aplicar tres veces al día, por medio de una esponja ó de una compresa, sobre las partes enfermas, la solución siguiente:

Agua destilada de rosas.. .	250	gramos.
Borato de sosa.	9	»
Sulfato de morfina.. . . .	0'50	centígramos.

CAPÍTULO V

Cauterización del cuello uterino

La cauterización es una destrucción intencionada de los tejidos orgánicos, con un fin terapéutico. Los medios que para dicho efecto se emplean, los cauterios, se dividen en actuales y potenciales, según la manera de obrar por su temperatura ó por sus propiedades químicas. El cauterio más antiguo es el hierro candente, que ya en tiempo de Hipócrates se usaba en diversas afecciones.

Las opiniones que respecto del modo de obrar del hierro candente reinaban no hace aún muchos años, eran las de que, además de la destrucción de las partes, podía determinar un aumento, una excitación del proceso vital. La irritación produ-

cida por el calor aumenta la conductibilidad de los nervios, refuerza la contractilidad de los músculos y favorece los procesos plásticos. Los cauterios agotando las secreciones patológicas de las partes profundas, y provocando una inflamación artificial con supuración y ulceración, producen una irritación substitutiva que ejerce, por lo tanto, una inflamación más profunda.

Artículo I

Cauterización actual

La cauterización del cuello uterino se empezó á generalizar en 1830, bajo las indicaciones de Jobert (de Lamballe).

Desde esa época se ha utilizado por la mayor parte de ginecólogos, habiendo obtenido con su uso, satisfactorios resultados.

La cauterización actual se practica por medio de varios aparatos, tales son: el hierro candente, el termo-cauterio, el cauterio que funciona con el gas, los cilindros de carbón, etcétera, etc.

La acción del cauterio actual varía según la intensidad de la cauterización, esto es, si es *profunda* ó *superficial;* en el primer caso es *destructiva,* siendo *modificatriz* en el segundo. Estos dos modos de acción diferentes, se usan en las enfermedades de la matriz.

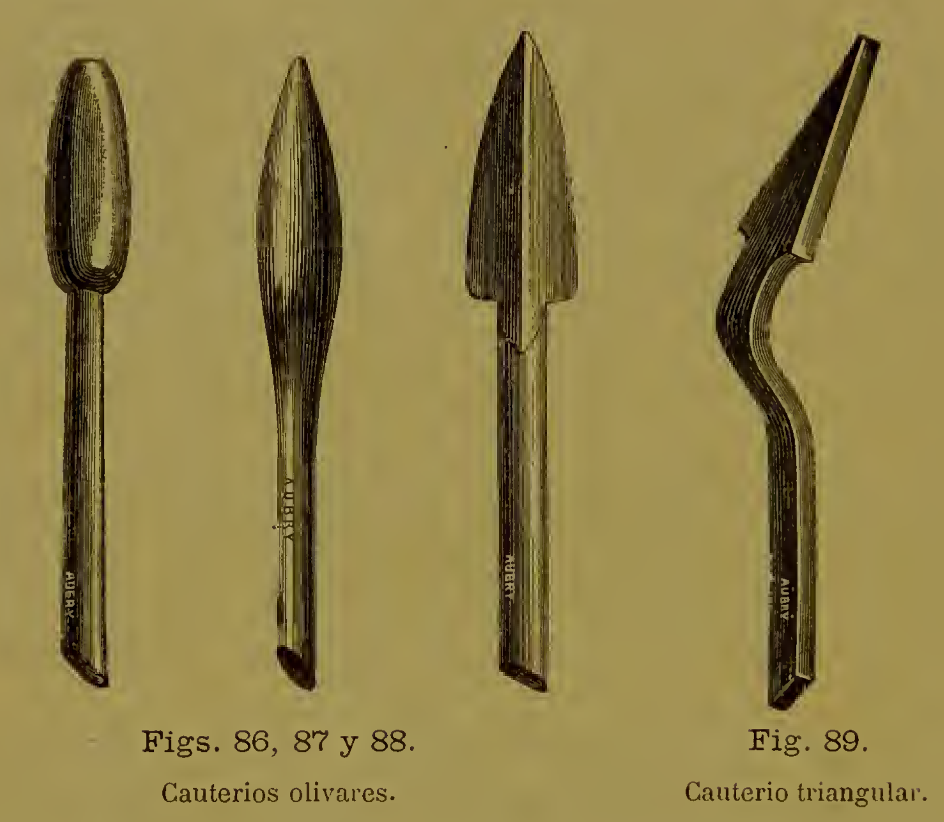
La aplicación del hierro candente sobre la superficie del cuello uterino, no es dolorosa. Las enfermas apenas sienten una sensación de calor en la vagina, por irradiación de éste por el especulum. En innumerables ocasiones he practicado cauterizaciones actuales en el cuello de la matriz, sin que las pacientes se diesen cuenta de la curación que les hacía.

La cauterización con el hierro candente, deja una escara blanquecina, que varía en espesor, según el tiempo que el cauterio ha permanecido en contacto con el tejido uterino; al mismo tiempo, provoca la coagulación de la sangre en los vasos, á cierta distancia del punto cauterizado; resultando de ahí, cierta

disminución del riego vascular y la retracción del tejido cuando se cicatriza.

Cuando el hierro candente se aplica rápidamente, la destrucción de los tejidos es también superficial: la escara se presenta delgada, blanca y se desprende al tercer día.

La cauterización ligera, no produce, como la profunda, la coagulación de la sangre en el interior de los vasos, determinando por el contrario, aumento de vascularidad y producción de vasos de nueva formación.

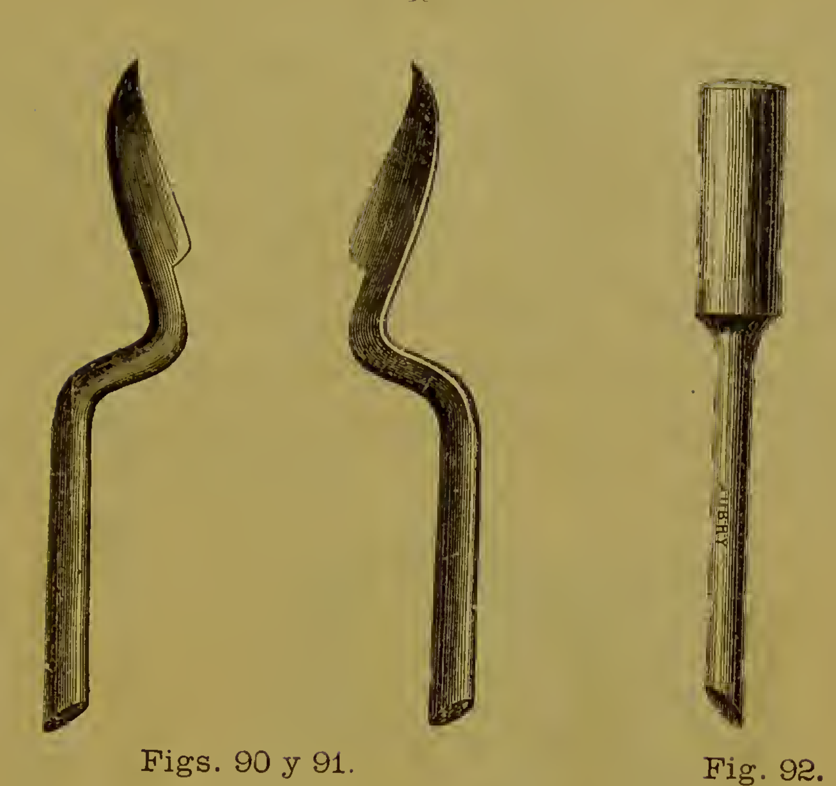


Figs. 86, 87 y 88.
Cauterios olivares.

Fig. 89.
Cauterio triangular.

A continuación describimos los diversos aparatos destinados á practicar la cauterización actual.

A.—*Hierro candente.*—El cauterio que comunmente se enrojece al fuego (véanse los grabados de 86 á 94), se componen de una espiga de unos 25 centímetros de longitud, hallándose provisto uno de sus extremos de un abultamiento determinado, y el otro, dispuesto de tal modo, que pueda adaptarse sobre un mango de madera (véase el grabado 95), el cual abarca el observador para aplicar el cauterio.



Figs. 90 y 91.
Cauterio en forma de cuchillo.

Fig. 92.
Cauterio en forma de caña.

El cauterio actual debe enrojecerse hasta el rojo blanco, para evitar que se adhiera á los tejidos sobre que actúa.

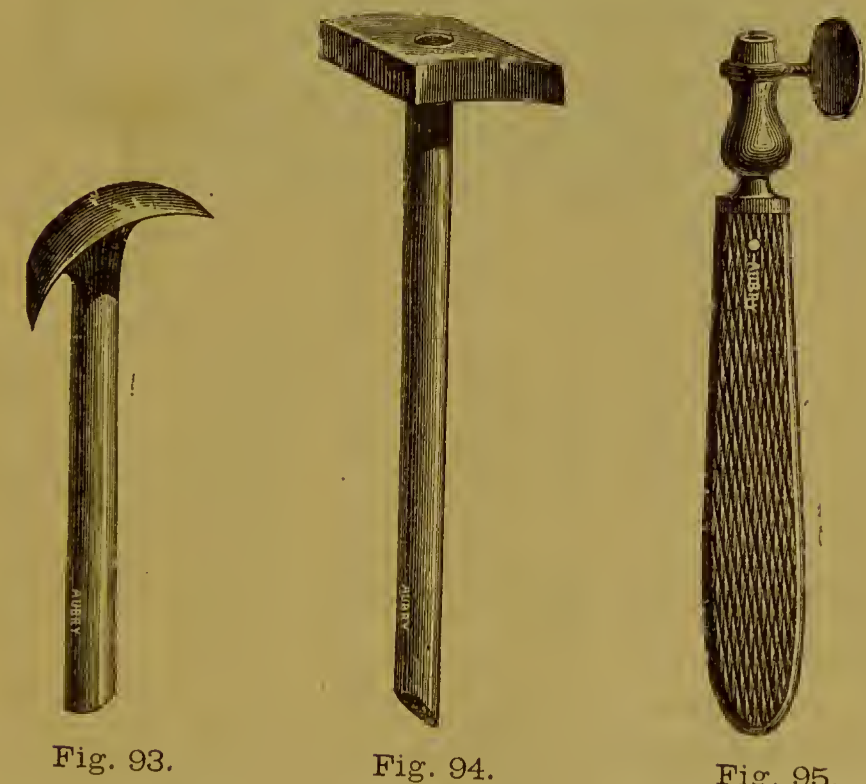


Fig. 93.
Cauterio convexo.

Fig. 94.
Cauterio cuadrado.

Fig. 95.
Mango para todos los cauterios

B.—*Cauterio por medio del gas.*—Alguna que otra vez se ha utilizado la llama del gas para provocar una escara. Nelaton la obtenía por medio del gas del alumbrado. Su aparato (véase el grabado 96), consiste en una bola de goma llena de gas que corre por un tubo terminado en punta fina. Si comprimiendo la bomba con la mano se impulsa el gas por el tubo y se enciende en su extremo anterior, se produce una llama fina que desarrolla un calor intenso. Para proteger las partes inmediatas, la punta metálica se halla rodeada por una red de alambre de

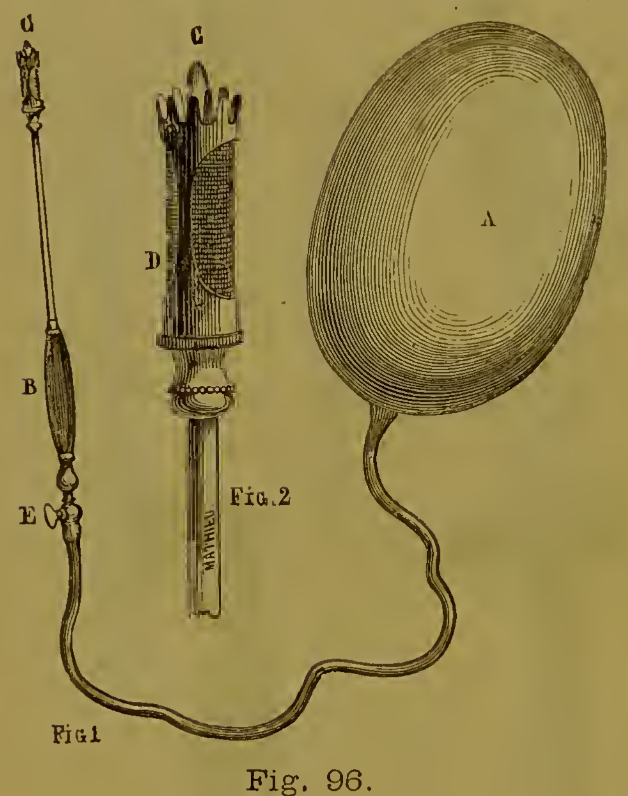


Fig. 96.

A. Reservorio de caoutchouc, destinado á contener el gas del alumbrado.—B. Tubo provisto del mango y llave.—E. C. Extremidad por donde sale el gas.

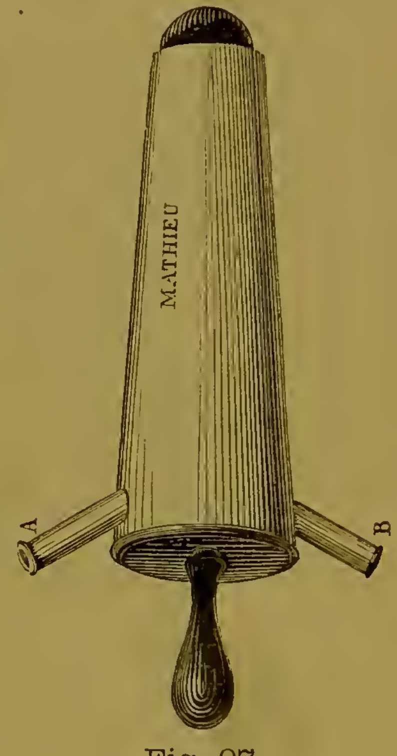


Fig. 97.

Especulum de doble corriente para la cauterización del cuello uterino.

A. Tubo destinado á la entrada del liquido.—B. Idem idem á la salida del liquido.

forma cilíndrica. Esta llama puede utilizarse muy bien como hemostático.

Cuando se utiliza el cauterio de gas, para cauterizar el cuello uterino, debe hacerse uso del especulum representado en el grabado 97, por el cual pasa una corriente de agua.

C.—*Termo-cauterio.*—El termo-cauterio de Paquelín, es un cauterio actual en el que podemos graduar el calor, siendo su irradiación apenas perceptible: compónese de tres partes; del cauterio própiamente dicho, de una lámpara y de un tubo largo.

El cauterio se halla formado de cinco piezas separables que son: 1.° un foco de combustión (platino); 2.° un mango; 3.° un tubo de caoutchouc con paredes espesas; 4.° un frasco con dos tubos ó receptáculo del combustible y 5.° de una lámpara provista de un pequeño soplete.

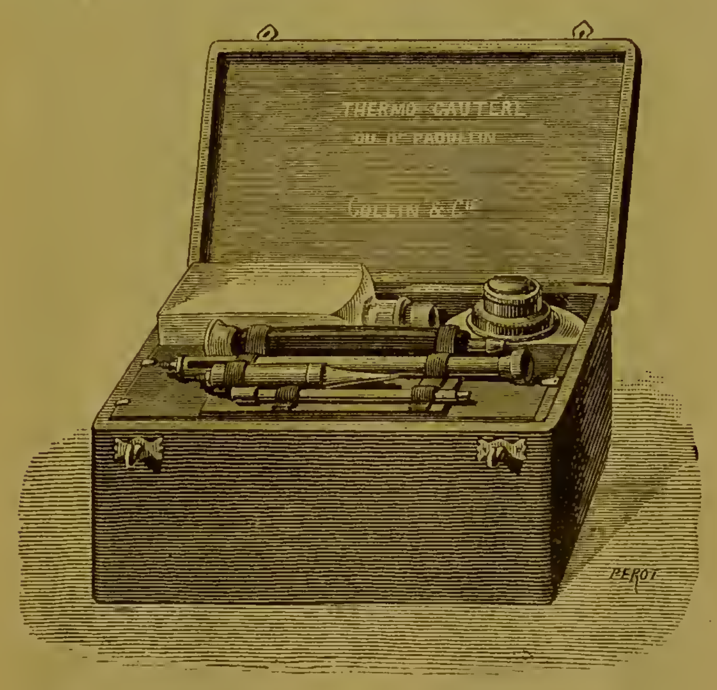


Fig. 98.
Diversas piezas del termo-cauterio.

Foco de combustión.—Consiste en un cuerpo hueco hecho con una hoja de platino sin soldadura, presentando la forma de un cauterio actual ordinario.

El mango se halla provisto de un pabellón en una de sus extremidades, y en toda su extensión está atravesado por un tubo metálico que sobresale de algunos milímetros en los dos cabos.

Del lado del pabellón, este tubo tiene un tornillo hembra, destinado á recibir el tornillo macho del cauterio, y del otro lado, se continúa con el tubo de caoutchouc: éste, sirve de medio de unión entre el cauterio y el reservorio del combustible.

El frasco que contiene el combustible se halla cerrado por medio de un tapón provisto de dos aberturas por las que pasan dos tubos metálicos yustapuestos en su mitad inferior y divergentes en su mitad superior, para fijar los dos extremos del caoutchouc que concurren al frasco.

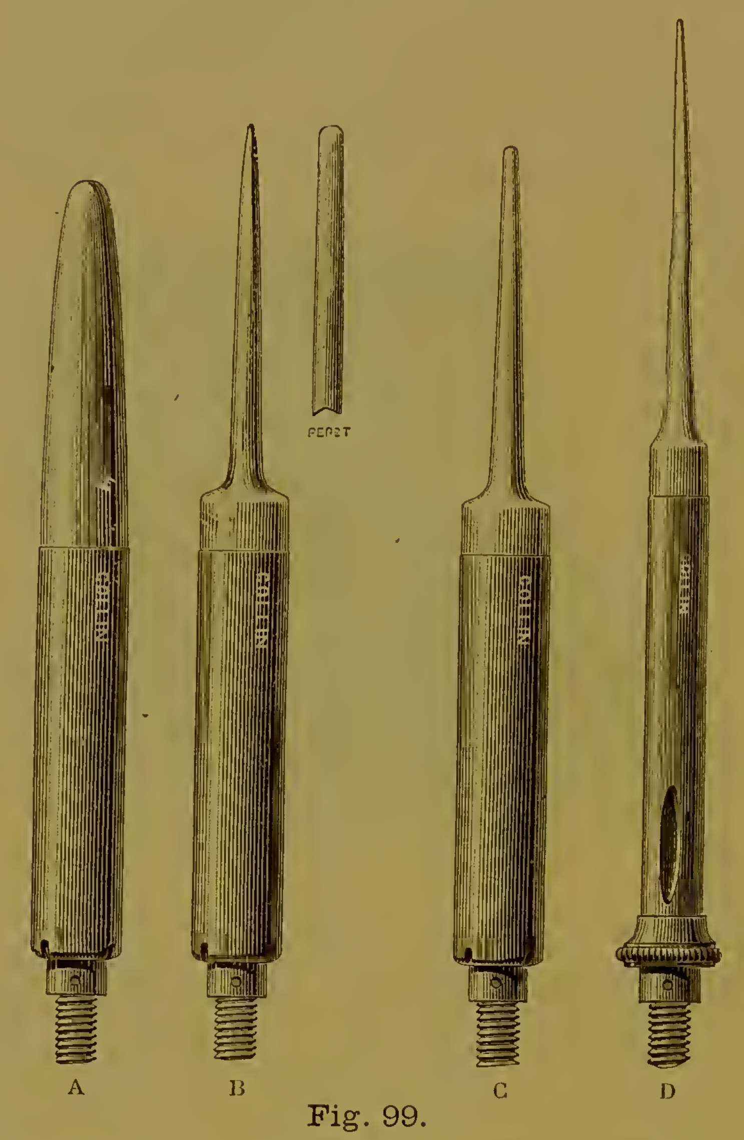


Fig. 99.

A Cauterio cilindro-cónico; B pequeño cuchillo para practicar la traqueotomía; C Cauterio para aplicar los puntos ígneos; D Cauterio de punta muy fina.

El pequeño soplete á doble corriente, consiste en una perilla de Richarson adaptada á la lamparilla. Su función consiste en proyectar el aire hacia el combustible, para que llegue el compuesto gaseoso resultante de dicha mezcla, á la extremidad del foco de combustión.

El *combustible* consiste en un líquido hidrocarbonado volátil parecido al gas del alumbrado en estado líquido. Los vapores de ciertos líquidos llamados *hidrocarburos volátiles* forman con

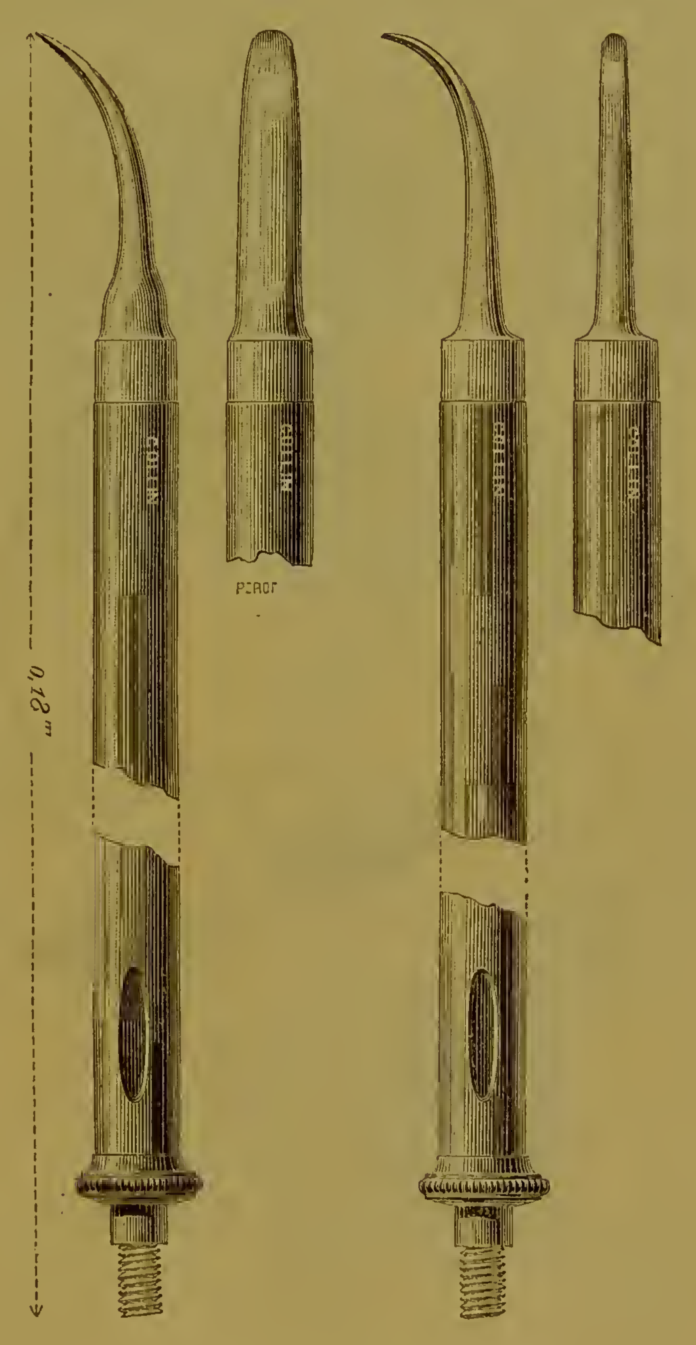


Fig. 100.

el aire atmosférico una mezcla gaseosa, pudiendo los dos elementos con el cumplimiento de ciertas condiciones, combinarse con desarrollo de calor luminoso en contacto del platino.

De estos *hidrocarburos*, la esencia mineral es la que da mejores resultados para hacer funcionar el termo-cauterio de Paquelin.

Para servirnos del cauterio, fig. 101, procuraremos que la esencia mineral ocupe, únicamente, el tercio de la capacidad del frasco; tapado éste, se calentará la extremidad de platino del cauterio que se quiera utilizar en la llama de la lámpara existente en la caja, hasta que se vuelva ligeramente rosado, lo cual se verica en un minuto; entonces, se sopla (apretando sucesivamente la perilla de caoutchouc), hasta que el cauterio



Fig. 101.

Termo-cauterio de Paquelin á punto de funcionar.

adquiera el color rojo vivo; retírese de la llama y el práctico graduará la intensidad del foco ígneo.

El termo-cauterio sigue conservando su calor, después de haber sido sumergido en un líquido, si se le aviva con rapidez, comprimiendo la perilla de caoutchouc, tal como hemos indicado precedentemente.

D.—*Gálvano-cauterio.*—Utilizo el poliscopio de Trouvé diariamente en mi clínica de ginecología, por ser un aparato de

fácil manejo, y con el que obtengo satisfactorios resultados siempre que necesito practicar la ígneo-puntura del hocico de tenca.

El líquido que mantiene dicha pila, es una solución concen-

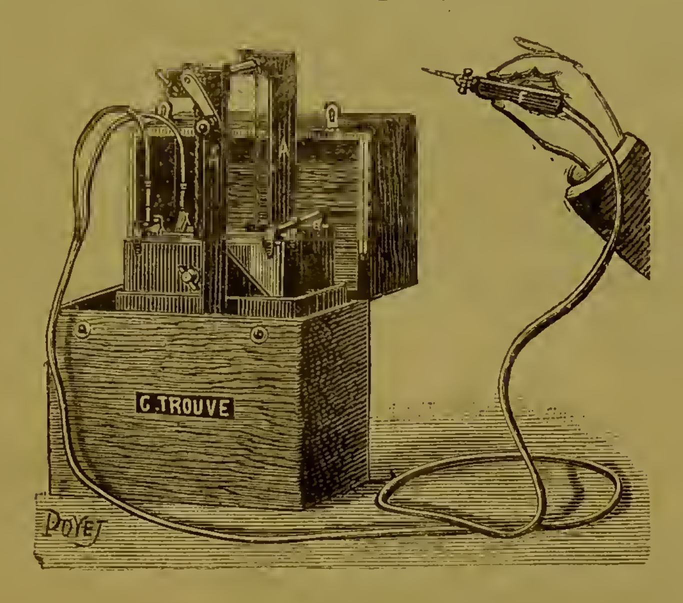


Fig. 102.

Poliscopio eléctrico de Trouvé.

trada de bicromato de potasa; con la disposición especial dada por Trouvé á su pila, ha aumentado la duración é intensidad de producción.

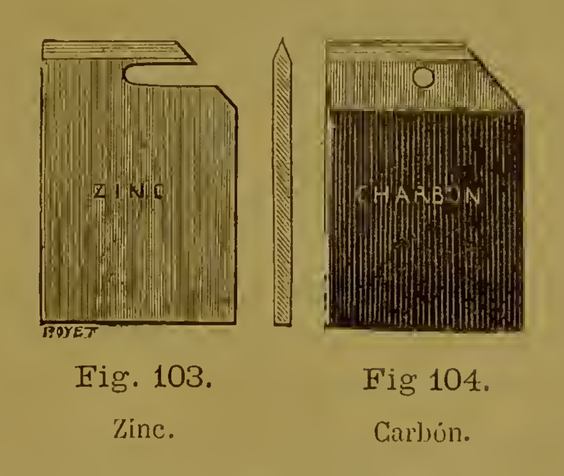


Fig. 103. Zinc.

Fig 104. Carbón.

Compónese de una caja de madera, la cual contiene á su vez tres cubetas de ebonita; cada una de éstas se halla en relación con un elemento formado de una lámina de zinc y dos de carbón; estas últimas están cubiertas en su parte superior de una

capa de cobre incrustada por la vía galvánica, y presentan una abertura circular para dar paso á una barrita, que sirve para unir entre sí los elementos. El objeto del cobre es consolidar los carbones y disminuir al mismo tiempo la resistencia del circuito exterior de la pila, aumentando á su vez la conductibilidad del carbón.

Las placas de zinc amalgamado están provistas, en su parte superior, de una escotadura para alojar un eje metálico recubierto de caoutchouc, el cual fija así sólidamente todo el sistema, y permite separar los zincs, sea para amalgamarlos, sea con otro objeto.

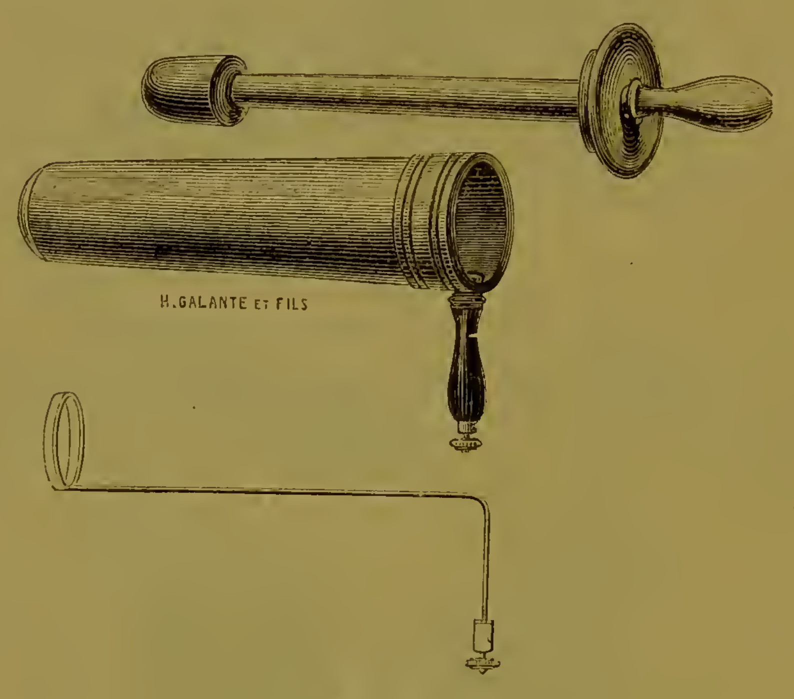


Fig. 105.

Gracias al manubrio sostenido por dos montantes colocados á los extremos del aparato, pueden sumergirse á voluntad los elementos en el líquido excitador y variar rápidamente la producción del flúido eléctrico. Para cargar la pila, se echarán en un litro de agua de 150 á 250 gramos de bicromato de potasa, reducido á polvo, se agita y luego se vierten paulatinamente unos 480 gramos de ácido sulfúrico.

Cuando se quiere practicar una cauterización circular en el

cuello de la matríz, se aplicará el especulum que representa el grabado 105 y una vez que el ginecólogo se convenza que el especulum abarca el cuello uterino, se hará pasar la corriente galvánica, obteniéndose *in acto* el resultado.

E.—*Cilindro de carbón y barra de lacre.*—Bonnafont tuvo la idea de utilizar unos cilindros pequeños formados de carbón y cierta cantidad de nitrato de potasa para cauterizar el hocico de tenca.

Hé aquí la fórmula que emplea:

D.	Nitrato de potasa.	2 gramos.
	Polvo de carbón..	30 »
	Goma tragacanto.	10 »

M. exact. y háganse lápices del grueso de un centímetro.

Las cauterizaciones actuales del cuello uterino, deben practicarse unos ocho días antes de presentarse el flujo catamenial, ó bien ocho días después de dicho período.

Artículo II

Cauterización potencial

A.—*Cáusticos débiles.*—*a.*—*Cáusticos líquidos.*—Entre estos, citaremos la *tintura de iodo*, el *percloruro de hierro*, la *solución de nitrato de plata*, el *ácido acético cristalizable*, etc., etc.

Para cauterizar el cuello uterino con alguno de estos líquidos, se colocará dicho órgano al descubierto por medio del especulum y, una vez enjugado éste de las mucosidades que tenga, se mojará un pincel ó algodón y con la ayuda de unas pinzas, se untará el cáustico.

b.—*Cáusticos sólidos.*—Los cáusticos sólidos pueden usarse, ya en estado pulverulento ó bajo la forma de lápices medicamentosos (candelillas), para ser introducidos en el cuello uterino.

1.° *Cáusticos pulverulentos.*—Entre los cáusticos pulverulentos de poca energía, citaremos el *alumbre*, *iodoformo*, *tanino*, *ioduro potásico*, *ácido bórico*, etc., etc.

2.° *Lápices medicamentosos.*—Suelen prepararse esos lápices, con el *nitrato de plata, iodoformo, tanino, sulfato de zinc, aristol*, etc., etc.

B.—*Cáusticos enérgicos.* —Esos cáusticos pueden usarse bajo la forma líquida ó en el estado sólido.

a.—Cáusticos enérgicos líquidos.—Entre lós cáusticos enérgicos líquidos que con frecuencia se usan en ginecología, citaremos, el *nitrato ácido de mercurio*, la *solución de Plench* (bicloruro de mercurio en solución alcohólica), el *ácido crómico en solución concentrada*, el *ácido fénico*, el *cloruro de antimonio*, el *ácido sulfúrico* y el *cloruro de zinc.*

Estos cáusticos se aplican poniendo al descubierto el cuello uterino, por medio del especulum y, una vez mojado el pincel, se exprime ligeramente contra la pared del vaso, para evitar que el líquido gotee y cauterice más de lo que se desea.

Una vez que se ha hecho la cauterización, aconsejamos que se practique una inyección de agua (con unos 500 gramos), para contrarrestar el exceso del cáustico.

b.—Cáusticos sólidos enérgicos.—Entre los cáusticos enérgicos usados aún en la actualidad, citaremos: la *potasa cáustica*, el *ácido crómico cristalizado*, la *pasta de Canquoin*, la *pasta arsenical*, etc.

CAPÍTULO VI

Dislocaciones del útero

§ I. *De la anteversión y retroversión del útero.*—El útero puede experimentar varios cambios en su posición, sea en el estado de vacuidad, sea en el estado de gestación; esto es lo que constituye lo que se llama la *anteversión*, la *retroversión* y el *prolapso*.

Cuando el útero se halla encerrado en la cavidad pelviana, puede hallarse más ó menos recostado atrás, de modo que su fondo se halla dirigido del lado del sacro, y por lo tanto el

cuello del lado del púbis, en esto consiste la *retroversión;* ó bien, dispuesto de una manera inversa, su fondo puede hallarse inclinado hacia adelante en relación con la sínfisis, y su cuello mirando directamente al sacro: esta posición toma el nombre de *anteversión.*

Después de la definición de esta enfermedad, vemos que deben resultar dos órdenes de accidentes: unos resultantes por no

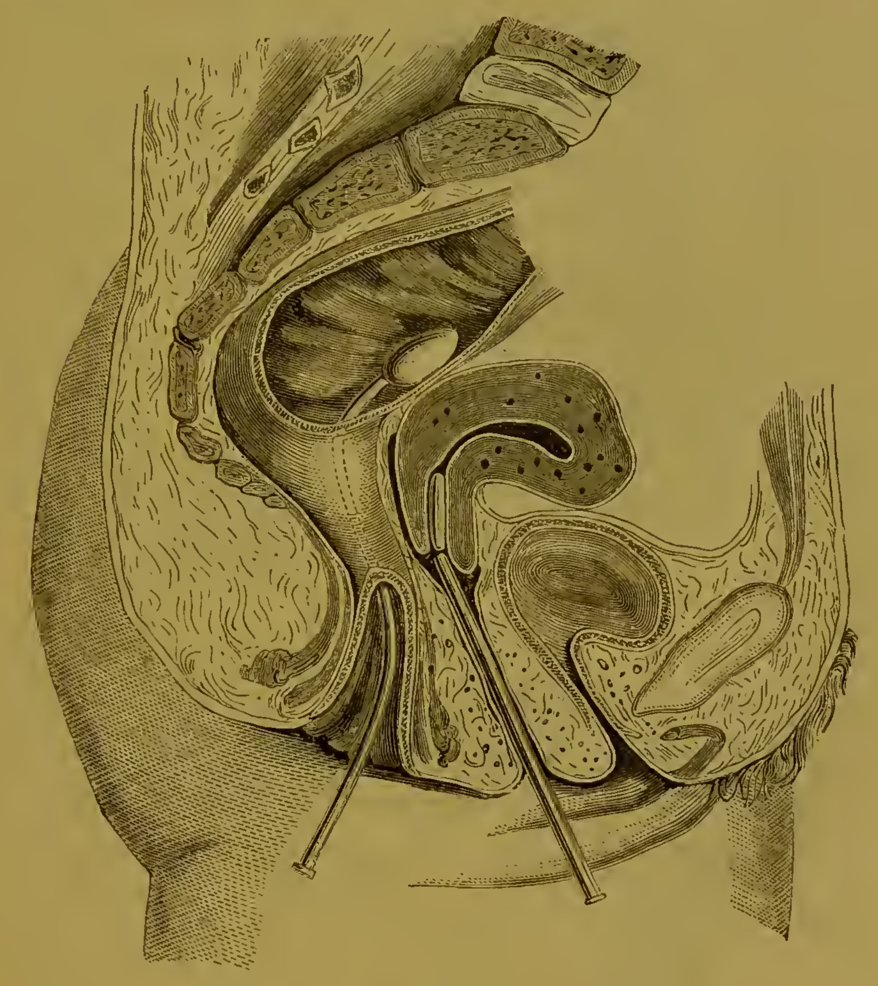


Fig. 106.
Anteversión de la matriz.

hallarse el órgano en condiciones favorables para desempeñar sus funciones; los otros, por estar colocado el útero en medio de una cintura, ósea, inmóvil, determinando sobre las vísceras circunvecinas una compresión proporcionada al grado de flexión y desarrollo más ó menos considerable del órgano que nos ocupa.

Con respecto á la matriz, las lesiones funcionales son tales, que por sola esta disposición puede ser estéril, ó bien en los casos en que la fecundación ha tenido lugar, antes ó después del accidente, puede resultar una verdadera opresión que acarree necesariamente el aborto ó la gangrena del útero.

En lo que concierne al trastorno de los órganos circunvecinos, puede éste variar desde una simple dificultad en la ejecu-

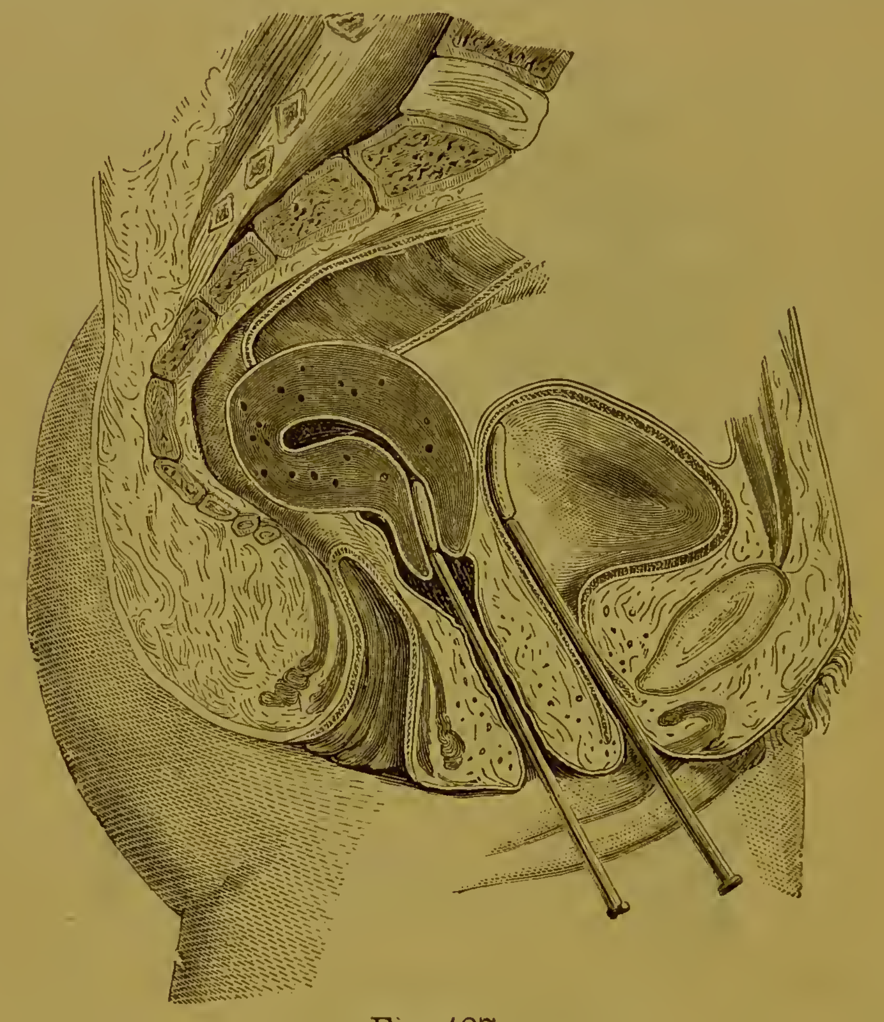


Fig. 107.
Retroversión de la matriz

ción de sus funciones, hasta el de un obstáculo completo é insuperable en la expulsión de las materias fecales ó de las orinas.

Llegado á ese último grado, esta enfermedad puede ser prontamente mortal.

Denominación de la anteversión y de la retroversión.—Degranges fué el primero que propuso señalar estas posiciones con los nombres de *anterior* ó *posterior;* más tarde los llamó *anteversión* y *retroversión.*

Existe algunas veces confusión en el uso que de estas denominaciones se hace, pues algunos cirujanos toman por punto de partida, sirviéndose de las palabras *retroversión* y *anteversión,* la posición del cuello dirigido hacia el sacro ó hacia la sínfisis púbica, al paso que sólo debe considerarse la relación del cuerpo del útero, con las partes indicadas.

La *anteversión* es muy frecuente; sólo es la exajeración de la inclinación natural del útero.

La *retroversión* es más rara, por ser contraria á la inclinación normal habitual del ùtero, y es, por lo tanto, más grave que la *anteversión.*

La retroversión consiste, pues, en un cambio, de posición de la matriz, en el que observamos su fondo dirigido hacia atrás, del lado del recto, al paso·que el cuello se dirige hacia adelante, encontrándose en relación con la vejiga y la sínfisis pubiana.

No es necesario creer que esta dirección sea en todos los casos perfectamente recta, de modo que el gran eje de la matriz pase por la sínfisis del púbis; tan pronto el fondo se halla dirigido hacia el lado derecho como hacia el izquierdo de la excavación del sacro, y de resultas de ello, su cuello, situado adelante, se aleja más ó menos á la izquierda ó á la derecha de la línea mediana (Smitt).

Estas desviaciones se distinguen con los nombres de *láteroversión derecha é izquierda.* La matriz, por su situación, sus relaciones, su estructura y por sus funciones fisiológicas, se halla predispuesta á estas desviaciones, pues el útero está suspendido en medio de una cavidad ósea invariable, y en relación con la vejiga y el recto, los que en las variaciones de volúmen que pueden experimentar como órganos de depósito de materias

excretadas, deben necesariamente hacer cambiar la posición del útero, sobre el cual pesan ya los intestinos delgados á la parte superior, al paso que á la parte inferior sólo se encuentra sostenido por los rebordes de la parte superior de la vagina, que sabemos suelen borrarse ó relajarse después de algunos partos.

Si examinamos la influencia de estas condiciones fisiológicas, vemos que en el estado de vacuidad, el útero desciende á la menor impulsión del diafragma ó de los músculos abdominales.

Esta acción es más evidente cuando el útero aumenta de volúmen y de peso, ya porque presenta más superficie á las vísceras y la impulsión es más fuerte, ya porque el peso es es-específicamente mayor.

En estas circunstancias, el útero concluye por no remontar tanto en la pélvis, al mismo tiempo que su segmento inferior se dirige atrás y el cuello se levanta un poco mirando hacia adelante. A causa de esta nueva posición, el cuello del útero se halla aplicado contra el fondo de la vejiga, y forma un verdadero tapón que se opone á la salida de la orina. Las materias fecales se acumulan en el recto, encima de la parte que se halla comprimida, y ejercen una nueva fuerza sobre el fondo del útero. De modo que el órgano se encuentra entre dos fuerzas opuestas que tienden de más, en más, á colocarle en una posición anormal.

Causas.—Entre las causas de esta afección podemos citar:

1.º La presión de los intèstinos por su peso natural.

2.º Cuando el útero se halla sometido á la presión uniforme de un líquido que puede, por su peso, alargar el cuello y relajar sus ligamentos, como en la ascitis seguida de paracentesis, una vez evacuado el líquido, los intestinos pueden rechazar abajo y echar hacia atrás la matriz, como nos lo prueban varias observaciones.

3.º Puédese también atribuir como causa de la retrover-

sión una presión abdominal, que no siendo causa brusca, pero sí continua, como por ejemplo, la ocasionada por el uso de corsés no higiénicos en mujeres de tres á cuatro meses de gestación. En ese caso se observa: primero, que los intestinos no pueden remontar, y deprimen así, el cuerpo; segundo, las paredes abdominales se hallan oprimidas de adelante atrás, y empujan el útero contra el sacro.

El estado de gestación puede determinar la retroversión uterina.

Comunmente, á los tres meses y medio ó cuatro, es cuando esta posición viciosa se ejecuta.

Los ligamentos pueden estar muy relajados por los repetidos partos y dar lugar á gran número de retroversiones.

El útero, en este caso, se encuentra flotante en medio de la excavación, y la más ligera causa inapreciable á la enferma puede hacerle vascular.

La retroversión puede depender de un vicio de conformación ó de una alteración patológica.

Cuando la retroversión es congénita, suele ir acompañada de otro vicio de conformación, la extrofia de la vejiga.

Las alteraciones patológicas del recto, de la vejiga, del ovario, pueden determinar por su volumen, su peso y posición retroversiones más ó menos completas del útero; la retroversión en estos casos es una enfermedad menos importante.

Podemos observar la retroversión en el estado de vacuidad; en el nacimiento, en vírgenes; en mujeres que han tenido ó no hijos, y en fin, en mujeres de edad avanzada, como nos lo demuestra el caso de M. Schweighauser, de Strasbourg, en una mujer de 74 años.

La retroversión puede presentarse más ó menos súbitamente, sea en el estado de vacuidad, sea en el estado grávido ó de gestación.

La combinación de la palpación con el tacto vaginal y el tacto rectal, el cateterismo uterino, excepto en los casos de

preñez y la exploración con el especulum, no permiten conservar la más mínima duda sobre la existencia y naturaleza de una versión uterina.

En la anteversión, cuando queremos explorar el cuello uterino, debemos dirigir nuestro dedo hacia la concavidad del sacro, donde con dificultad llegamos á alcanzar el hocico de tenca.

El especulum sólo nos deja apercibir el labio anterior.

En la retroversión, el cuello de la matriz se halla contra la sínfisis pubiana, lo cual dificulta mucho su exploración.

Síntomas.—Entre los *síntomas particulares* podemos citar el *tenesmo vexical*, causado por la elevación del cuerpo de la vejiga; en la pelvis y por aplicación del hocico de tenca contra el fondo de la vejiga; otras veces el cuello uterino hace presión contra el cuello de la vejiga.

En los casos que notamos retención de orinas, los primeros síntomas se manifiestan por un dolor más ó menos considerable en el meato urinario, que sólo puede ser un simple prurito, pudiendo incitar á la enferma á la masturbación, ó bien determinar dolores sumamente vivos, que se extienden hácia el trayecto de los uréteres, y hasta el mismo ombligo, que puede ser el sitio de un abceso.

Después de los síntomas referentes á la vejiga, se manifiestan por la frecuencia, los pertenecientes al recto; casi me atrevería á decir que la compresión se hace sentir en la mayor parte de casos en los dos órganos á la vez.

Cuando el curso de materias fecales se halla interrumpido, hé aquí lo que notamos: la enferma se queja de dolores del lado del recto, caracterizados por escozor y prurito; el esfinter anal está tumefacto, sus bordes vueltos al revés, lo cual hace sufrir tantisimo cuando se halla sentada la enferma.

Diagnóstico.—El diagnóstico de esta enfermedad es generalmente fácil, pues de los síntomas que acabamos de enumerar, sean debidos á la compresión de los órganos circunvecinos, por un lado, y por otro, á los signos que nos indica el cambio

de la matríz—que podemos apreciar por medio del tacto vaginal rectal—formularemos con un poco de atención la situación del útero.

Pronóstico.—El pronóstico de la retroversión varía en el estado de vacuidad ó de embarazo: de una manera general, podemos afirmar que esta enfermedad es mucho más grave en el segundo caso que en el primero.

El poco volumen del órgano hace que los síntomas adquieran con frecuencia, más ó menos prontamente, los caracteres alarmantes.

Bajo la influencia de diversos accidentes que acompañan á la retroversión, el estado general se altera fácilmente.

De las numerosas observaciones seguidas del examen necroscópico, hemos podido inducir que la muerte podía sobrevenir de maneras diferentes: en algunas mujeres, la enorme distensión de la vejiga desarrolla un peritonitis mortal; en otras, los esfuerzos de reducción, coronados ó no de éxito, parecen ser el principio de accidentes inflamatorios peritoneales.

La ruptura de la vejiga se ha observado en algunos casos, como también la cistitis y gangrena del receptáculo urinario.

En los casos de retroversión brusca, hallándose el útero grávido, su cambio de posición despierta comunmente las contracciones uterinas y éstas el aborto..

Bien que este accidente sea peligroso, debemos confesar que el pronóstisco es menos grave relativamente á la enferma; pues de otro modo el útero se comprime y en algunas ocasiones aumenta de volumen, siendo la reducción imposible y la muerte cierta.

La retroversión lenta que se observa en el embarazo es menos grave que súbita, pero también es muy molesta.

Tratamiento.—El tratamiento de la retroversión uterina comprende tres métodos: 1.° la expectación; 2.° la reducción manual; 3.° la reducción instrumental.

1.º *Expectación.* — Bajo este nombre comprendemos una expectación relativamente activa, que, dejando al útero en la situación que ha tomado, se limita al tratamiento de las complicaciones, suprimiendo las causas probables de la retroversión, ó al menos eliminando los obstáculos que podrían oponerse á su reducción.

Entre los medios empleados en este caso, ocupa el primer lugar la evacuación de la vejiga, que púede verificarse en dos maneras: por los medios simples, ó por el cateterismo.

En el estado de vacuidad y en las mujeres embarazadas, con sólo hacerlas cambiar de posición y tomar la actitud vertical, el cuello uterino cambia de lugar y la orina sale.

Con frecuencia la evacuación es imposible, el cuello se halla inmóvil; entonces es necesario practicar el cateterismo. Este presenta dos dificultades: 1.ª no poder encontrar el meato urinario, el cual se halla dirigido hàcia el sacro y oculto en los repliegues de la vagina; 2.ª si se le encuentra, se presenta la dificultad de penetrar en la vejiga: por su tracción hácia atrás se halla algunas veces replegado sobre sí mismo.

Cuando esta disposición no tiene lugar, se encuentra más ó menos inclinada detrás de la sínfisis de los púbis.

Si la sonda de mujer no penetra, ensayaremos con la del hombre.

Su encorvadura á menudo se adapta á la de la uretra desviada; pero en algunas circunstancias es de todo punto imposible encontrar el meato urinario ó de hacer penetrar el más mínimo instrumento, á caúsa de su brusca inclinación y hallarse aplicada casi encima de la sínfisis pubiana. En esta circunstancia, ¿qué debemos hacer? La ruptura es inminente. Según los consejos de Lynne y Sabatier, como de la mayor parte de tocólogos modernos, es necesario hacer funcionar la vejiga; los inconvenientes de una punción se borran delante de la gravedad de accidentes que ella puede prevenir.

Se recomienda igualmente combatir la constipación pertináz

y hacer evacuar las materias fecales acumuladas en la *S* ilíaca, pues pueden constituir un obstáculo al enderezamiento de la matríz.

De todos los medios empleados á este objeto, los enemas son los más sencillos é inocentes: desgraciadamente la presión ejercida por el fondo del útero sobre el recto, impide con frecuencia que el líquido de la inyección penetre á bastante altura para obtener una evacuación completa y eficaz. Si el cateterismo del recto no es posible, es necesario extraer por medio de cánulas, como preconiza Moreau, las partes accesibles de materias fecales, y tal vez después de esta operación nos sea posible reducir el órgano desviado.

2.° *Reducción manual.*—Los métodos empleados para cambiar la dirección del útero, exigen ciertas condiciones para ser explicados, siendo una de las principales la posición de la enferma.

Varios prácticos, entre otros Moreau, aconsejan durante la reducción, colocar á la enferma sobre sus rodillas y codos, para aflojar á la vez los músculos del vientre, y dejar así obedecer á la matriz según las leyes de la gravedad.

Una vez colocada convenientemente la enferma, es necesario obrar, eligiendo la via, pues unos reducen el útero por el *recto,* otros por la *vagina*; ó á la vez por el *recto* y por la *vagina.*

Por el recto y la vagina. — Cuando practicamos este método en el estado de vacuidad uterina, y sobre todo, cuando la retroversión es incompleta, basta la introducción en la vagina de uno, dos, ó tres dedos; pero en estado de gestación, este medio no es generalmente posible, y uno se ve obligado á introducir la mano entera, mayormente si se trata de una multípara y de embarazo adelantado.

La manera de practicar la reducción por la vagina, es variable según el grado de desviación; cuando el cuerpo se halla tan bajo que lo vemos entre la vagina y el recto, es una ver-

dadera táxis de delante atrás y de arriba abajo la que se practica, como en el caso de reducción de una hernia; por el recto se concluye de hacer vascular el órgano.

En los casos en que el útero no ha descendido mucho, los dedos ó la mano, en forma de gancho, describiendo una curva ó concavidad anterior, puede rechazar este órgano hacia arriba y adelante.

La reducción por el *recto* es tan antigua como la que se practica por la vagina, pues Aecio se ocupa de este medio.

La ventaja de este método consiste en poder obrar directamente sobre el órgano que ha cambiado de lugar.

3.° *Reducción intrumental.*—Los autores que han escrito de una manera un poco completa sobre la retroversión, han citado observaciones en las que habían obtenido la reducción de la matríz con la ayuda de instrumentos.

El más conocido de todos es la varilla de Errat; ésta se compone de un palillo parecido al de un tambor; la parte terminal es redonda, y cuando vamos á practicar la reducción, adaptamos en ella un poco de algodón en rama cubierto de una piel fina y atada en el cuello de la varilla.

Este instrumento se introduce en el recto, sirviéndonos de él para rechazar gradualmente el fondo del útero.

El uso de esta varilla será recomendado en los casos en que la reducción manual no haya dado buen resultado, ó bien no se haya podido poner en práctica á causa de la estrechez de la vulva, de la resistencia de la matríz, etc., etc.

Cuando hagamos uso de este instrumento, la enferma debe colocarse al borde de la cama en la misma actitud que la colocamos para las operaciones obstetricales, y debemos someterla á las inhalaciones del cloroformo.

Accidentes que sobrevienen á la reducción.—Los accidentes del lado de la vejiga son el dolor, ó bien la parálisis de dicho órgano.

La enferma tiene tenesmo vexical, por lo tanto la uretra es-

tá muy sensible; ó bien se ve bajo la influencia de una parálisis poco grave en ciertos casos, por lo cual la vejiga puede adquirir un volúmen tan considerable (si no la sondamos), que haga reproducir la retroversión.

La sensibilidad del recto se halla aumentada y puede persistir de tres á seis semanas después de la reducción, lo cual puede hacer temer una parálisis del recto (Martín), que por la acumulación de materias fecales, podría reproducir la enfermedad.

Debemos aconsejar á la paciente el reposo en la cama durante una ó dos semanas como mínimum, pues así sólo podremos combatir los fenómenos peritoneales que con frecuencia sobrevienen á la reducción, y el aborto, consecuencia inmediata del manual operatorio.

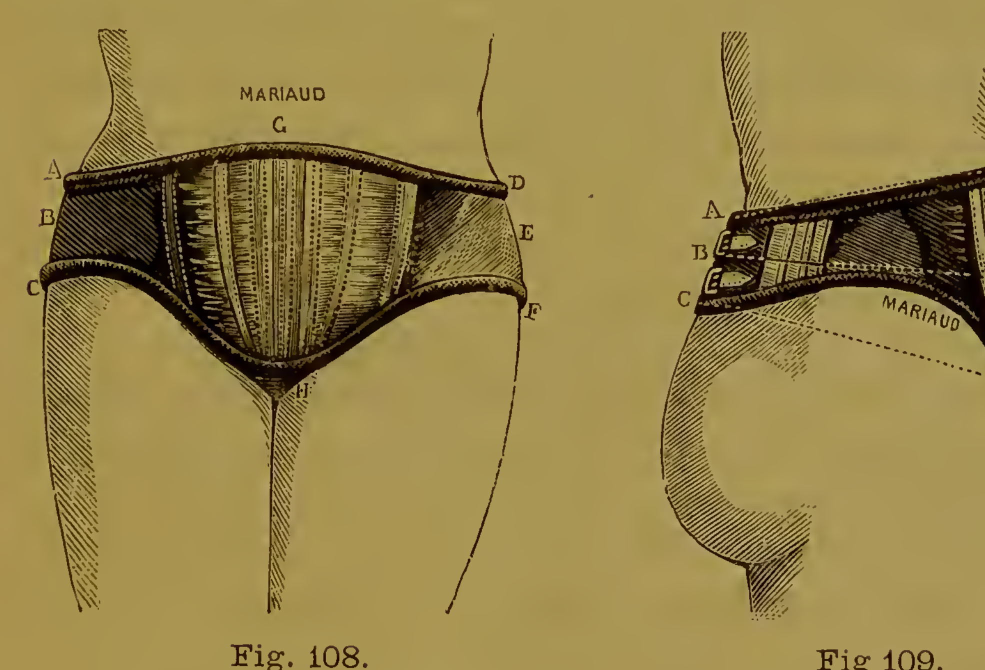


Fig. 108.
Cintero hipogástrico. De frente.

Fig 109.
Cintero hipogástrico. De perfil.

La anteversión sobreviene con más frecuencia durante el segundo y tercer mes, que en el primero.

Cuando se experimenta este accidente, nótase cierto grado de compresión en la vejiga y en el recto; tirantez hacia las ingles y el ombligo, etc.

El médico es el único que puede tratar este accidente.

Reporta gran utilidad y mucho alivio para la mujer, llevar un cintero hipogástrico.

Puédense utilizar las fajas de un tejido elástico ó de punto de tricó fuerte.

CAPÍTULO VII

Descenso de la matriz

Las denominaciones *descenso, caída* ó *precipitación* designan varios grados de la misma desviación de la matriz, es decir, un cambio de posición de arriba abajo, conocido igualmente con los nombres de prolapso y procidencia.

El *descenso* está caracterizado por la presencia del hocico de tenca en la vulva. La *caída* ó *precipitación* supone la matriz fuera de la vagina, excediendo el estrecho inferior y algunas veces la vulva: en otras ocasiones la hemos visto sobresalir unos 8 centímetros de los órganos genitales externos.

Los agentes que sostienen y equilibran el útero en la pélvis, son: un plano de tejido areolar que sirve para fijarle á la vejiga, al recto y á las paredes de la pélvis; muchos ligamentos que lo fijan á ciertos puntos de sostén; las paredes de la vagina; y, en fin, la influencia general de las vísceras abdominales que ejercen una sobre otra, cierta fuerza de contención.

Es incontestable que el tejido areolar que une tan estrechamente el útero á la vejiga, al recto y á las paredes de la pélvis, contribuye en gran manera á sostener este órgano. La experiencia del Dr. Savage es la que mejor prueba el principio que acabamos de anunciar; en efecto, nuestro ilustrado comprofesor cortó todos los ligamentos que se hallan en relación con el útero y armado de un tenáculo fuerte, practicó una serie de tracciones sobre el órgano de la gestación, sin poder hacerle bajar; por lo que confirmó que el obstáculo provenía del tejido infra-peritoneal pelviano.

Los ligamentos útero-sacros, son los factores más importantes en la suspensión de la matriz. Estos ligamentos se extienden desde la unión del cuerpo y del cuello uterino hasta el tejido areolar pelviano, situado al nivel de la segunda vértebra lumbar. Huguier, que fué el primero en reconocer la distribución anatómica de estos ligamentos, propuso denominarlos *útero-lumbares* en lugar de *útero sacros*. Hállanse constituídos por los elementos siguientes: peritoneo, tejido conectivo pelviano, tejido cortical uterino, fibras musculares vaginales.

El prolapso se encuentra en todas las clases de la sociedad, mayormente en aquellas mujeres que han depasado la edad media y que han tenido hijos; cuanto más numerosos han sido éstos, las condiciones de prolapso son más favorables. Sin embargo, he tenido ocasión de ver esta afección en jóvenes que nunca habían parido.

El útero puede aumentar de peso bajo la influencia de las congestiones repetidas y persistentes, siendo esta, entre otras, una causa determinante del prolapso: también entran en esta primera categoría de causas (aumentación del peso del útero), los tumores sub-mucosos, serosos ó parietales; el estado de gestación, aunque raramente; la hipertrofia ó hiperplasia y la retención de líquidos.

La caída del útero puede tener lugar también por la relajación de los ligamentos destinados á fijar este órgano, relajación que se encuentra muy favorecida por los diversos cambios de situación que suele sufrir dicha víscera gestadora. Citaremos, además de estás causas por *debilidad en los medios de unión*, el aumento anormal del volumen de la pélvis; la pérdida de tonicidad de las paredes de la vagina; la pérdida de tonicidad de los ligamentos uterinos; la disminución del tejido grasoso contenido en el tejido areolar pelviano, y la relajación de las paredes abdominales. R. Barnes ha visto el prolapso en las vírgenes, causado: 1.°, por ataques de epilepsia; 2.°, por el estiramiento ejercido por un pólipo; 3.°, por la sacudida, producida

por una caída sobre las nalgas, ó por un choque de camino de hierro.

Roberson y Whitehead, de Manchester, fueron consultados por una joven de quince años, que acababa de haber tenido un gran susto. El útero estaba completamente fuera de la vulva: le redujeron y no hubo otros trastornos. Mac Clintock, en su excelente tratado de las enfermedades de las mujeres, dice que ha visto tres casos en los cuales, está cierto que la dislocación resultó únicamente de los violentos esfuerzos defecatorios necesarios, para vencer una estrechez orgánica del recto.

La sola fuerza ejercida sobre los tejidos sanos, basta para causar el prolapsus en las vírgenes; esta fuerza procede evidentemente de arriba, del diafragma y de las paredes abdominales por el intermedio de los intestinos que la trasmiten al útero, á la vejiga y á los ligamentos anchos.

Las roturas del periné, producidas por el parto, cuando no han sido completamente curadas, son otra causa de prolapsus, pues claro está que si la rotura es considerable, la pared posterior de la vagina no tiene punto de apoyo; baja delante de la vulva, arrastra la pared superior de la vagina, y con ella el útero, cuyo cuello se dirige bien pronto atrás, al paso que el cuerpo se inclina delante, de manera que la superficie posterior del útero, vuelta ahora contra la cavidad abdominal, da un punto de apoyo conveniente à toda presión que gravita de arriba abajo.

Entre las causas que tienden á hacer bajar el útero por presiones que provienen de arriba, citaremos: la tos violenta, los esfuerzos musculares enérgicos, la constricción provocada por el uso del corsé, un acúmulo considerable de líquido en la cavidad abdominal, y por último, la gran variedad de tumores abdominales.

El hecho es, que el prolapso no se produce cuando los tejidos están sanos, salvo bajo la influencia de una fuerza directa que nos induce á concluir que los tejidos que sostienen el útero

pierden su resistencia á una fuerza actuante de arriba abajo por la influencia de modificaciones que allí determina la enfermedad.

Este cambio de posición de la matriz, ha dado lugar á grandes discusiones y ha sido el objeto también de gran número de investigaciones y escritos; bastará para ello citar los trabajos de *Aran* (1), de *Legendre* (2), de *Huguier* (3), de *Savage* (4), de *Taylor* (5) y las notables lecciones que sobre este punto de ginecología nos dieron los distinguidos maestros de la Facultad de París MM. Depaul, Pajot, Gallard y Chéron.

Poco importa que la causa primordial del cambio de posición sea el aumento de peso del útero, una alteración de los medios de suspensión, ó una presión ejercida sobre el órgano, por ser el resultado el mismo y consistir siempre en una disminución de resistencia de los medios de fijeza de la matriz. Los ligamentos están distendidos como igualmente la vagina; con frecuencia el útero está congestionado y su mucosa hiperemiada, su cavidad aumentada de volumen y el cuello recortado. Los pliegues formados por la vagina están borrados, y la mucosa de este canal expuesta á contínuos frotamientos, etc., etc.

Réstanos solamente indicar las relaciones sobrevenidas en la cavidad pelviana en los casos de descenso de la matríz. «Hacia adelante, dice E. Legendre (6), se encuentra la vejiga inclinada abajo y algo aplastada, detrás de ella el útero el cual imprime cierta depresión al mencionado reservorio. Entre la vejiga y el útero, el fondo de saco peritoneal anterior, el cual, como todos sabemos, es poco pronunciado, al paso que el pos-

(1) *Etudes anatomiques et anatomo-pathologiques sur la statistique de l'utérus.* Arch. gen. de med., 1858.

(2) *De la chute de l'utérus.* París, 1860.

(3) *Des allonguements hypertrophiques du col de l'utérus.* Paris, 1850.

(4) *Female pelvic organs.* Londres, 1870.

(5) *On amputatión of the cervix uteri.* New York, 1869.

(6) E. Legendre, *De la chute de l'utéres, thése de concours d'agregatión.* París, 1860, p. 43.

terior se hunde profundamente entre el recto y el útero. A los lados del cuerpo del útero existen los ovarios y las trompas, que tan amenudo son el asiento de alteraciones patológicas, los repliegues peritoneales, los ligamentos anchos dirigidos oblicuamente de atrás hacia fuera; adelante los ligamentos redondos, los cuales siguen un trayecto directo en vez de ser flexuoso. En fin, hacia atrás se observan dos cordones formando relieve á los lados del recto, los cuales se dirigen por detrás de los ovarios, representando los ligamentos útero-sacros.

Los síntomas del prolapso uterino dependen de dos condiciones consecutivas al cambio de posición: 1.ª, la acción mecánica que produce el útero en los tejidos circunvecinos; 2.ª, las alteraciones que tienen lugar en la estructura y circulación del órgano, debidas á su posición anormal.

Los principales síntomas son:

Tirantez y sensación de peso en la pélvis;

Dolores lumbares;

Imposibilidad de levantar objetos pesados;

Leucorreas y otros síntomas de congestión.

Cuando la caída de la matriz tiene lugar poco á poco á consecuencia de una depresión anterior de este órgano, las enfermas se quejan por mucho tiempo, algunas veces durante meses y aún años, de una sensación penosa de tensión hacia el sacro y las ingles, y de una presión contínua y remitente en el abdómen, como si quisieran arrojar fuera de la vulva un cuerpo voluminoso. En la estación vertical, el prolapso uterino aumenta (sobre todo si la enferma hace algún esfuerzo), agravándose, como es natural, la sensación de tirantez y peso. Con frecuencia son atormentadas de tenesmo vesical, de disuria y de un estreñimiento pertinaz; síntomas que van aumentando de intensidad hasta llegar á hacerse insoportables. Además de estos efectos reflejos, la enferma suele experimentar un dolor vivo, debido á la congestión del útero y por la presión que este órgano ejerce en las partes circunvecinas, *item* más, por la tiran-

tez que sufre el peritoneo. La compresión del cuerpo del útero sobre los nervios pelvianos y el plexo sacro, nos esplica perfectamente las contínuas neuralgias que tanto molestan á las enfermas.

Por otro lado, los lazos de simpatía que existen entre la matriz y el estómago, hacen que esta ultima víscera sea el asiento de repetidos trastornos. El apetito va disminuyendo progresivamente ó se pierde por completo; el aparato digestivo deja de funcionar cual debiera, apoderándose, más tarde, cierto estado de atonía de dichas vísceras; el abdómen se vuelve timpánico, concluyendo la reunión de los mencionados síntomas, por postrar completamente á la enferma en su lecho.

El tumor situado delante de la vulva, presenta comunmente un color de rosa ó lívido, coloración debida à su estado de congestión; cuando la enfermedad data de mucho tiempo, y el útero ha estado también largamente expuesto á la influencia del aire, adquiere un aspecto seco, pareciéndose su membrana mucosa, al pergamino y presentándose sumamente adelgazada.

La metritis crónica acompaña comunmente el prolapso uterino, hallándose el útero, por tanto, doloroso á la presión. La posición exterior le expone á ciertas violencias que concluyen por producir inflamaciones más ó menos agudas; á lo mismo predispone el roce de los muslos y de los vestidos, y sobre todo el flujo de la orina que humedece contínuamente la matriz, encontrándose con mucha frecuencia gran número de úlceras en este órgano, que si no se tratan convenientemente, pueden acarrear la mortificación de los sitios en que se hallan implantadas.

La vagina vuelta, que recubre este tumor, cambia de aspecto y de carácter. Expuesta al aire, pierde los caracteres de una mucosa; se vuelve seca, brillante por sitios. Esto es lo que Virchow llama una transformación histológica.

El frote del tumor contra el clítoris es muy incómodo, produciendo en algunos casos verdaderos ataques de ninfomanía.

El útero está doloroso á la presión: la inflamación de los ganglios de Bartolín no es rara.

Desde la publicación de la Memoria de Huguier sobre la prolongación hipertrófica del cuello, algunos autores han adoptado su teoría, incontestablemente exacta, con exclusión de la antigua teoría del prolapsus.

Según R. Barnes, tres complicaciones pueden existir en el prolapsus aparente: 1.ª, la prolongación hipertrófica del cuello que se acompaña naturalmente de ranversamiento de la vagina, cuyo fondo es empujado hacia abajo por los progresos del cuello; 2.ª, el caso puede ser un ranversamiento de la vagina, formando un saco y una eminencia de la forma de una salchicha, y conteniendo en su parte superior, un útero quizá normal, hasta atrofiado en las mujeres de edad; 3.ª, la vagina también está ranversada; el saco situado fuera de la vulva contiene el útero retroflexionado ó doblado sobre sí mismo.

«Es fácil distinguir estos tres casos, dice Barnes. En el caso de prolongación hipertrófica, cogiendo el tumor, y elevándole desde el orificio, sentiremos el cuello prolongado bajo la forma de una cuerda dura, y elevándole tanto como los dedos pueden alcanzar. La sonda penetra hasta la pélvis casi al nivel del estrecho superior, á una profundidad de 130 milímetros próximamente. Si se dirige la punta de la sonda, cuando está al fin de su curso, hacia la pared abdominal, se puede sentir en general el fondo del útero, con la mano colocada sobre el abdómen. Se siente, por la resistencia que se experimenta, que la sonda ha alcanzado el fondo de la matriz, y, forzando ligeramente, se determina una ligera reducción; se vé el cuello ranversado entrar un poco, y la masa procidente disminuir de longitud. Es supérfluo decir que esta maniobra debe ser hecha con gran dulzura, por temor de herir ó hasta de perforar el útero.»

«El segundo caso, la procidencia simple, puede ser reconocida por medio de los dedos. Primero, comprimiendo el tumor, se reconoce el útero en su dureza, se determina exactamente

su forma, su volumen y su posición, se puede cogerle, abrazarle completamente, y asegurarse que está todo entero fuera de la vulva. Después, la sonda mide su longitud y prueba que no hay prolongación, que no hay más que 6,5 centímetros ó un poco más. En los casos de procidencia del útero retroflexionado, se tienen los mismos elementos del diagnóstico.»

La caída de la matriz es una enfermedad tan bien caracterizada, que sería difícil confundirla con otra, por poca atención que se ponga en su examen. Pudiera, sin embargo, suceder esto en un caso de *hipertrofia de la porción vaginal,* en la cual, si es considerable la parte inferior del cuello, depasa igualmente la vulva.

Distinguiremos un prolapso de un *pólipo uterino*, examinando el orificio del hocico de tenca, que unido con el segmento inferior del útero, debe rechazar toda idea de tumor; si éste es sub-mucoso; esto es, que provenga de la cavidad de la matriz, se abrirá paso por el orificio cervical del órgano gestador y no habrá duda en su diagnóstico, sobre todo, si se procura examinar durante el periodo catamenial, época en que dichas neoplasias se manifiestan al exterior. También podría el práctico confundir un tumor fibroso del útero con el descenso de este órgano, cuando dicha producción tomase asiento en uno de los labios del hocico de tenca y pediculizándose llegase á ocupar gran parte del conducto vaginal, pero un exámen atento ayudado de la exploración con el tacto vaginal y la sonda uterina nos manifestará la verdad del caso.

Para distinguir una caída de la matriz de una inversión completa, basta recordar que en la primera de estas enfermedades siempre se encuentra el hocico de tenca en la parte inferior del tumor, al paso que en la inversión los bordes del orificio rodean al pedículo del tumor y están situados todavía en la pélvis.

Tampoco será fácil confundir la afección de que nos ocupamos con una hipertrofia del cuello de la matríz, con solo recordar que en la referida hipertrofia, el tumor situado delante de la vulva jamás pudo ser reducido, por tener generalmente un te-

jido muy compacto, apreciando al mismo tiempo por medio del tacto vaginal que los fondos de saco útero-vaginales ocupan su sitio normal.

Observación.—Margarita N..., natural de Valencia, de 35 años de edad, casada, de temperamento nervioso y constitución robusta, se presentó á mi clínica particular el 25 de Marzo de 1879 para consultarme su descenso de matriz.

Cuando niña, padeció el sarampión á los 5 años, y la fiebre tifóidea á los 12. A los 15 años tuvo su primera menstruación, presentándose ésta periódicamente, con una duración de cuatro días. Casó á los 19 años, y tuvo á los 20 un parto gemelo á término; á los 23 quedó otra vez en cinta, pariendo á los nueve meses su tercer hijo, el que sobrevivió pocos meses.

Quedóse viuda á los 26 años, y á los 30 contrajo segundas nupcias; á los dos años de casada tuvo otro parto gemelo; según nos refiere nuestra enferma, el primer recién nacido, de este parto, vive aún, y el *segundo* nació muerto.

Desde este momento sus padecimientos han consistido en trastornos menstruales, y en los accidentes consecutivos de un aborto que tuvo á los 34 años.

Actualmente sentía peso en el bajo vientre y dolor ovárico algo intenso, que se exacerbaba durante el flujo catamenial; la sensación penosa de tensión hácia el sacro y las ingles que venía sufriendo desde el mès de Febrero de 1879, tomó gran incremento con el descenso de la matriz, el cual tuvo lugar á mediados de Marzo.

La primera vez que la reconocí, la matriz sobresalía unos seis centímetros de la abertura vulvar.

La enferma atribuye el prolapsus de su matriz á una larga excursión hecha á pié, pues refiere que al día siguiente de ese gran paseo *anti-higiénico*, al levantarse, vió aparecer en la vulva un tumor redondo, doloroso al tacto, el cual fué creciendo con mucha rapidez en la primera semana, hasta adquirir el volumen que presentaba cuando me consultó.

La mucosa vaginal era el asiento de una hipersecreción considerable, manifestada al exterior por un flujo, ó mejor dicho, por un líquido purulento de tan malas condiciones de olor, que tuve que prescribirla inyecciones fenicadas.

Aconsejé á mi enferma un reposo contínuo en la posición supina, y víla por segunda vez en su casa, al día siguiente de haber sido consultado: reduje y mantuve en el interior de la pélvis el órgano dislocado, gracias á unas almohadillas que le coloqué en el sacro, con el objeto de obtener de sus órganos genitales externos un plano inclinado y dirigido hacia atrás, para ofrecer mayor dificultad á la caida de la matriz.

Para combatir el ligero infarto existente en el lado izquierdo del hocico de tenca, la practicaba en el sitio indicado ligeras embrocaciones con la tintura de iodo así compuesta: Iodo 1 parte; ioduro potásico 4 id.; vaselina 30 id., y alcohol 15 id.

Prescribíla al mismo tiempo, el uso continuo de los tópicos astringentes variados del modo que sigue: durante las tres primeras semanas la introducía un día por otro, 50 centígramos de sulfato de zinc, envuelto en algodón en rama, haciéndola guardar dicho tapón unas doce horas, y la hacía administrar una inyección vaginal con un cocimiento concentrado de *hojas de nogal, corteza de roble y nuez de agallas* en partes iguales.

Interiormente, tomaba el vino de quina; 20 centígramos de carbonato de hierro y 2 gramos de mono-fosfato cálcico.

Más tarde substituí los tapones de algodón en rama con sulfato de zinc, por los de tanino; finalmente recurrí á los *supositorios vaginales* así preparados: Glicerina 25 gramos, extracto de ratania 0'10 centígramos, sulfato de alumbre 0'50 id.; y á las inyecciones de nitrato de plata en la proporción de 1 gramo por 80 de agua.

El éxito feliz que tuve con el citado caso, creo deberlo atribuir, en gran parte, á la quietud prolongada en posición supina con la pélvis exageradamente inclinada hacia atrás, que du-durante dos meses tuvo la paciencia de guardar nuestra cons-

tante enferma. También podemos felicitarnos de la gran astricción ejercida por los tópicos, y creo que, más que todo debemos atribuir este resultado, á haberse tratado á la semana siguiente del prolapsus, es decir, cuando los ligamentos conservaban *todavía* la propiedad de contraerse.

En los casos de *descenso* y caída completa de la matriz, dicho prolapso determina las complicaciones siguientes: cistocele; cálculos vesicales; rectocele; congestión del útero y de sus anexos; tumores hemorroidales; endometritis é inflamación de

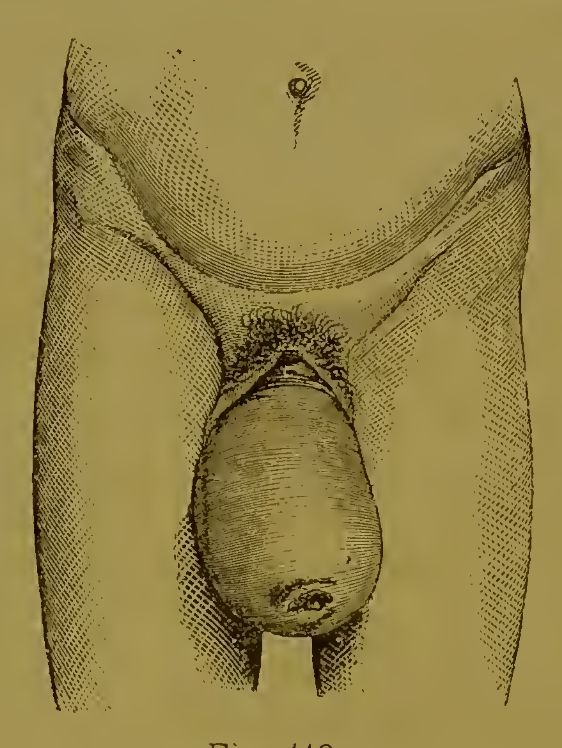


Fig. 110.
Prolapso uterino.

la trompa de Falopio; escoriaciones; úlceras; pólipos; hiperplasia del útero y otras menos importantes.

Estos son los elementos que deben servirnos de base en las diversas indicaciones, cuando se trata de instituir un tratamiento racional del prolapso de la matriz.

La caida ó precipitación de la matriz no es precisamente una enfermedad mortal; el pronóstico es grave en lo que concierne á la curación definitiva; esta enfermedad es muy molesta para

las enfermas que la padecen; y, si se la descuida ó no se sigue un tratamiento conveniente, cual requiere las diversas complicaciones de que es asiento el órgano gestador, siempre va en aumento y acaba por minar completamente la salud, alterando las funciones de órganos más ó menos distantes. El pronóstico dependerá también del estado del útero y de la vagina. La duración del prolapso uterino es ilimitada; rara vez termina con la muerte, á menos que ocasione una peritonitis ó una celulitis pelviana, como existen varios casos en los anales de la ciencia.

En la forma crónica de la enfermedad háse observado la muerte por uremia, siendo ésta consecutiva á la oclusión de los uréteres.



Fig. 111.
Caída completa de la matriz.

Si la enfermedad que acabamos de describir se abandona á sí misma, los síntomas irán tomando por día mayor incremento, y la enferma morirá extenuada por las abundantes pérdidas que experimenta y por los desórdenes consecutivos del estómago. Las partes contenidas en la vagina en inversión, pueden inflamarse paulatinamente y ser también la causa de muerte por accidentes agudos.

Cuando acuda á nosotros una mujer que haya sufrido anteriormente un descenso de la matriz y se halle en la actuali-

dad en cinta, debemos prohibirla en absoluto dejar su cama antes de que sus órganos hayan vuelto á su posición normal.

En los casos ordinarios, el primer remedio que se debe emplear es el reposo en la posición supina, y, prolongado tanto tiempo como sea posible exigir; si con esta precaución no logramos curar la relajación ó flojedad de la vagina y de los ligamentos, llegaremos á impedir por lo *menos*, que tomen mayor incremento.

Cuando exista cierto grado de hipertrofia, pueden usarse, con buen éxito, las embrocaciones de tintura de iodo concentrada, en el hocico de tenca, dos veces por semana. Churchil aconseja las inyecciones frías ó astringentes una ó dos veces al día, durante muchos meses.

Durante la inyección la enferma permanecerá acostada, procurando colocar debajo del sacro un cojín, con objeto de obtener un plano inclinado hacia atrás, y que el líquido medicamentoso permanezca por más tiempo en contacto de las partes hiperemiadas.

Háse indicado, por la mayor parte de autores, el uso de los medicamentos astringentes. Los más útiles son: el sulfato de zinc ó de cobre (2 gramos por 60 gramos de agua); el nitrato de plata (1 ó 2 gramos por 80 gramos de agua); el alumbre (8 gramos por 120 gramos de agua); el cocimiento de té verde, de corteza de roble, de nuez de agallas, de mático, la infusión de rosas.

Débense inyectar unos 500 gramos de líquido astringente frío todos los días, conservando la mujer la posición arriba indicada. En el hospital de la Pitié, durante mi permanencia de externo, he podido estudiar los buenos efectos de los polvos astringentes (roble) puestos en contacto con los órganos relajados.

En los casos de caída completa de matriz, el médico debe procurar ante todo, reducir el prolapso.

Para practicar la reducción, es necesario colocar á la enferma de modo que su pélvis se halle en un plano más elevado

que su cabeza, con objeto de suprimir el peso de los intestinos ejercen sobre la víscera gestadora. Colocada la mujer en condiciones convenientes para la reducción, el médico irá empujando paulatinamente hacia adentro el prolapso, teniendo siempre prosente que este se reducirá con mayor facilidad, si hace seguir á la matriz, el eje de la pélvis. Cuando el útero se halla en extremo tumefacto, la reducción suele ser difícil y en algunos casos imposible; en estas circunstancias se administrarán algunos purgantes, se hará tomar á la enferma un baño caliente, practicándose sobre el órgano desviado, fomentaciones templadas.

Si con el uso de estos diversos medios, unidos al reposo absoluto en la posición horizontal, no obtenemos buen resultado, se aplicarán algunas sanguijuelas sobre el tumor ó se practicarán varias incisiones en el mismo parenquima uterino.

Esta es la manera de obrar de nuestros distinguidos compañeros los Dres. Lalouset, Berchelmant, Gallard, Pajot, Siredey y Depaul.

Con el uso del cornezuelo de centeno se ha obtenido, en varias ocasiones, la reducción del volumen del útero y por lo tanto de su prolapso.

Una vez reducida la matriz, fáltanos todavía decidirnos sobre el mejor medio de mantenerla en su sitio y de evitar su descenso.

Pesarios.

Dáse el nombre de *pesario* á los instrumentos destinados á sostener la matriz en su situación normal en los casos de caída ó desviación de este órgano, ó para remediar el prolapso de las paredes vaginales. Recientemente se ha propuesto la palabra *histeróforos* para designar estos instrumentos.

Diferentes substancias hánse empleado para construir los pesarios: boj, marfil, estaño, plomo, plata, caoutchouc, aluminio, etc.

Estos aparatos, conocidos ya desde la antigüedad, sólo se han usado de una manera metódica desde el principio de nuestro siglo.

La forma de los pesarios ha variado considerablemente; la más usual es la oval y la circular. Los pesarios circulares solo se pueden aplicar cuando la enfermedad es reciente y el tejido vaginal es aún resistente; los pesarios de forma oval suelen adaptarse mejor cuando el tejido de la vagina es más flojo.

Casi todos los que se han ocupado del prolapso uterino, han modificado á su vez algún pesario; sin embargo, tenemos que reconocer que en estos últimos tiempos los aparatos de que hacemos mención, han sufrido modificaciones importantes para destinarlos convenientemente á las dimensiones de la vagina, llenando al mismo tiempo su principal objeto.

Sin ser partidario declarado de los pesarios, nos creemos en el deber, sin embargo, de decir que en gran número de casos prestan buen servicio; es necesario ensayarlos en varias ocasiones para podernos decidir por uno ú otro, y creo obligación del práctico recurrir á este medio de prótesis, para poder elegir con acierto el modelo que más conviene á su enferma.

No intentamos dar una descripción de todos los pesarios conocidos, puesto que muchos de ellos han caído en completo olvido.

La primera condición de todo tratamiento, si no completamente feliz, al menos algo satisfactorio, es reducir y mantener en el interior de la pélvis el órgano dislocado. La reducción es, por lo general, fácil cuando la dislocación no resulta de un tumor inmóvil y comprime el útero, y cuando el volumen de este órgano no está considerablemente aumentado por una inflamación consecutiva.

Para la reducción artificial, la enferma debe estar sobre sus codos y rodillas, pues, esta posición ayuda al operador por la presión atmosférica y el peso de las otras vísceras; se coge con tres ó cuatro dedos la parte inferior del tumor y se la empuja

lentamente hacia la pélvis, haciendo entrar primero la parte que ha salido la última, mientras que con la otra mano se separan los bordes de la vulva, hasta que el órgano ha recobrado poco á poco su posición normal.

Luego que se ha verificado la redución del útero, se trata de mantenerle en su nueva posición; antes de la aplicación del pesario es conveniente aplicar á la enferma algunas lociones vaginales para dar mayor tono á las partes distendidas; ó lo que es mejor, se la colocará una esponja empapada en disoluciones astringentes durante 4 ó 6 días, cambiándola cada diez horas.

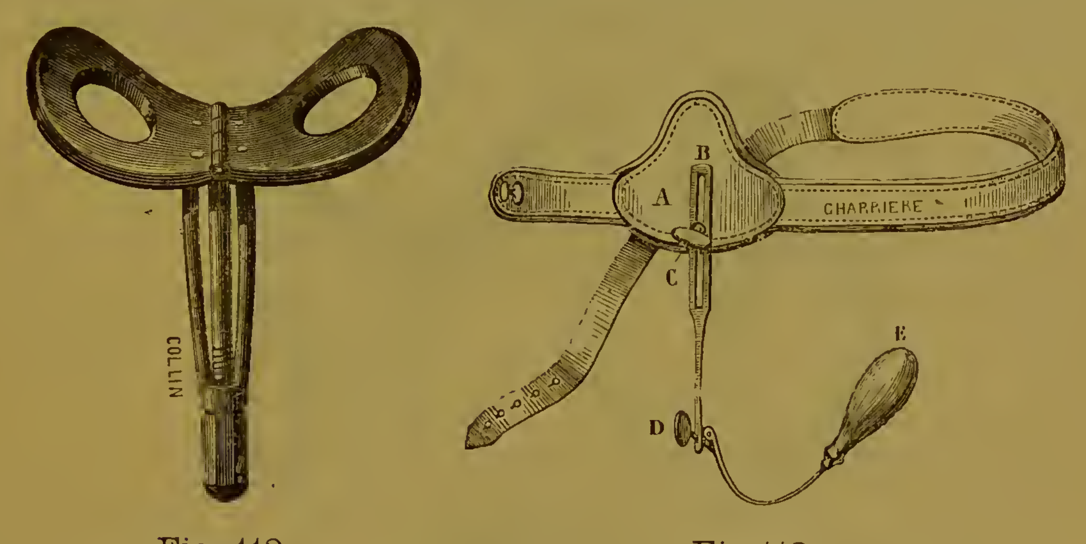


Fig. 112.
Pesario de Zawanck.

Fig 113.
Histeróforo de Becquerel.

Si la caída de la matriz es considerable y si este órgano es pesado y voluminoso, será preciso recurrir á los medios de contención sólidos, ó sean los histeróforos.

Dividiremos los pesarios, con Courty, en tres grupos: 1.°, pesarios destinados al *conducto rectal;* 2.°, á la *vagina;* 3.°, á la *cavidad de la matriz.* Prescindiendo de los pesarios rectales, por usarse más bien en los casos de retroversión, sólo nos ocuparemos de la segunda y tercera variedad.

Pesarios vaginales.—El de Zwanck (fig. 112) consiste en dos placas metálicas; de forma oval, perforadas en su centro y forradas de goma laca, las cuales están reunidas en una extre-

midad por una charnela. En la superficie exterior de las placas y en cada lado de la charnela existe una varilla metálica de de unos cinco centímetros y medio de longitud, adaptada de manera que, cuando se aproximan una á otra las extremidades de estas dos varillas, las partes libres de las dos placas se alejan una de otra. Se las mantiene en esta posición por medio de una vaina sujeta con un tornillo al extremo de una de las varillas, de manera que se pueda aproximar á la placa, coger la extremidad de la otra varilla y mantenerla inmóvil. Este aparato que las enfermas toleran generalmente con facilidad, tiene también la ventaja, según el entendido parecer de Scanzoni, de poderse separar sin dificultad y ser reemplazado por las

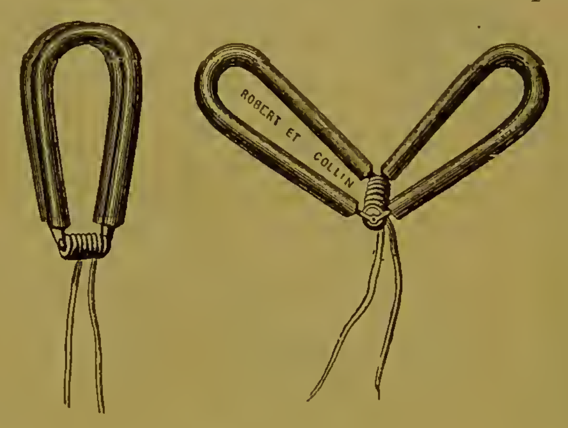


Fig. 114.
Pesario de Pertusio.

mismas enfermas; según este autor, el histeróforo de Zwanck solo dejará de prestar sus servicios cuando, á causa de una profunda rotura del periné, no tiene suficiente punto de apoyo, ó cuando el útero ha adquirido un volúmen y un peso demasiado considerables, ejerciendo por eso una presión de arriba abajo sumamente fuertes, porque en estos casos las paredes de la vagina son atraidas violentamente de fuera á dentro y encorvan poco á poco en la misma dirección las chapas del aparato, facilitando de este modo su caida.

El histeróforo de Becquerel (fig. 113), se compone de una placa de acero **A**, la que se halla fijada á la cintura por medio de un tornillo **C**. Una espiga unida á la pelota **E**, se articula

con la extremidad inferior curva de la rama vertical, gracias al tornillo **D**, que le permite ejecutar los diversos grados de inclinación.

El pesario á dilatación contínua de Pertusio (de Turín) figura 114, á la par que el histeróforo de Zwanck, el elytromocklion de Kilian y otros análogos, no conviene para las enfermas en quienes la dilatación y relajación de las paredes de la vagina han llegado á muy alto grado. Estos pesarios se introducen cerrados, y al abrirse, distienden trasversalmente las paredes de la vagina: esta tensión vaginal endereza el útero haciendo desaparecer los movimientos resultantes de una desviación de la matriz ó del prolapso de las paredes vaginales.



Fig. 115.

Pesario de M. Dupontpallier.

Entre los pesarios que distienden también las paredes vaginales, oponiéndose al prolapso de estas mismas, debemos citar el pesario elástico de Meigs, modificado recientemente por el Doctor Dumontpallier (véase fig. 115); esta variedad de pesario se compone de varias espirales de resorte de reloj, muy elástico, hallándose sus extremidades unidas por un hilo metálico circular, permitiendo esta unión cierto juego á los extremos del resorte; de lo cual resulta, la introducción fácil y poco dolorosa del anillo.

Además, gracias á su flexibilidad, una vez colocado, se adapta á las partes con que se halla en relación; esta extrema

elasticidad del anillo pesario no perjudica en lo más mínimo á la solidez del .aparato, pues sostiene la matriz en sus relaciones normales, permitiéndole á la par, su movilidad fisiológica. Este aparato, lo mismo que el anillo pesario de Meigs y los elásticos del Dr. Gairel, no obran directamente sobre el cuello de la matriz; éste queda perfectamente libre en el anillo por hallarse este último en relación directa con el fondo de saco posterior, pared anterior y partes laterales de la vagina, como hemos dicho.

Conociendo prácticamente el Dr. Dumontpallier la insuficiencia de los medios que se han propuesto para mantener reducido el útero en los casos de prolapso completo, y habiendo observado que en algunas ocasiones el anillo-pesario simple bastaba para sostener la matriz, mientras que en otros era insuficiente, ha tratado de estudiar la fisiología patológica del prolapso después de reducido, es decir, reconocer como se reproduce.

Colocada convenientemente la mujer en una cama de las que se usan para el reconocimiento por medio del spéculum, y mandándole haga algunas expiraciones forzadas, se observa que la parte anterior de la vagina se presenta en la vulva entreabierta. Continuando el esfuerzo, ó repitiéndole, una parte más ó menos considerable de la pared vaginal anterior viene á formar hernia debajo de la sínfisis del púbis; entonces solamente es cuando sigue el labio anterior del útero, después todo el cuello de este órgano y, en fin, la pared posterior de la vagina.

Si en tales circunstancias se aplica un anillo pesario de proporciones convenientes, después de la reducción metódica del prolapso, se observa en ciertos casos que el esfuerzo es impotente para reproducir la hernia.

Otras veces, bajo la acción de un esfuerzo, un poco sostenido ó repetido, se ve al arco anterior del anillo y á la pared anterior de la vagina, presentarse al mismo tiempo debajo de la arcada pubiana, y luego se desliza el segmento posterior del

cuello, por debajo del púbis, á la manera que lo hace la cabeza del feto en primera posición, y todo el anillo franquea la vulva con la pared anterior de la vagina y de la matriz.

La observación de estos fenómenos sugiere una indicación de todo punto natural: oponer una resistencia al paso del arco anterior del anillo-pesario debajo de la arcada pubiana. Para llegar á este resultado, ha hecho construir el Dr. Dumontpallier anillos-pesarios con vástago metálico, fijo sólidamente á su arco anterior.

Este vástago ó varilla, á la que el cirujano puede dar la

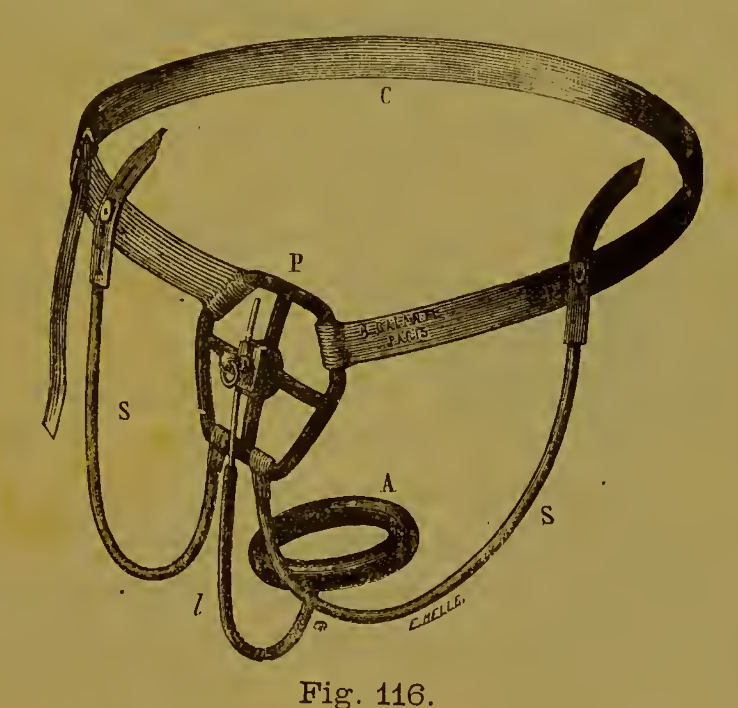


Fig. 116.
Histeróforo supra-pubiano de Dumontpallier.

corvadura necesaria, viene á fijarse sobre una armadura suprapubiana (fig. 116).

Introducido el anillo-pesario **A**, y colocado de modo que reciba el cuello uterino en su interior, se mantiene el arco anterior detrás del púbis y el posterior descansa sobre la concavidad del sacro. La varilla **t**, encorvada debajo del púbis, viene á pasar por delante de la sínfisis, donde se encuentra fija la armadura **P**, en medio de la cual hay una mortaja **M**, que recibe la varilla **t**.

La armadura **P** se mantiene aplicada en la región supra-pubiana por un cilindro **C** que pasa por encima de las caderas y alrededor de los riñones: además los bajo-nalgas impiden que se suba el aparato.

Esta disposición tiene la ventaja de permitir á las enfermas quitar y volver á ponerse el anillo con vástago, como lo harían con un anillo simple; basta en efecto, para que quede independiente de la armadura supra-pubiana, dar una vuelta á la llave.

El autor no cree que sea necesario entrar en largos detalles para que se comprendan las ventajas de este aparato contentivo, al que ha dado el nombre de *histeróforo supra-pubiano*. Después de haber reconocido el cirujano cuál debe ser el diámetro, el espesor y la fuerza del anillo pesario para un caso particular, dá, él mismo á la varilla la curva conveniente y la fija en la mortaja en el grado de longitud necesaria, de tal suerte, que habiendo determinado bien todos estos datos, una vez puesto el aparato, no hay necesidad de cambiar nada en su disposición.

El cinturón puede modificarse según las circunstancias: en las mujeres gruesas será preciso darle una anchura conveniente. La armadura supra-pubiana podrá también fijarse en aparatos especiales, cuya disposición variará al infinito, según las indicaciones. Pero sean los que quieran los medios que se empleen, lo importante es mantener la placa **P** sólidamente fija en la región supra-pubiana, á fin de que las relaciones del anillo-pesario con la armadura permanezcan siempre constantes por intermedio de la varilla **t**.

La experiencia ha establecido ya, según el autor, las incontestables ventajas de este aparato. Muchas enfermas afectadas de prolapso completo de la matriz, con ó sin hipertrofia supra-vaginal del cuello uterino y complicada de cistoceles y rectoceles, lo usan con buen éxito hace más de un año. Unas le conservan aplicado noche y día, otras se lo quitan por la noche y vuelven á colocarlo por la mañana como un vendaje herniario. En fin, después de dos ó tres meses de un uso regular, el periné

y el constrictor de la vulva recobran cierta resistencia, y cuando se quita el aparato, la matriz no franquea tan fácilmente el orificio vulvar.

El pesario de Smith (fig. 117), tiene la forma de una S; este pesario se ha usado para combatir el prolapso uterino, pero con mayor ventaja en los casos de retroversión; una de sus extremidades toma punto de apoyo detrás del púbis, al paso que la extremidad opuesta, colocada en el fondo del saco vaginal posterior, se apoya sobre la cara posterior del útero.

El pesario del Dr. Fowler, representado en el grabado 118, tiene la forma de una cubeta sin fondo, cuyos bordes anterior y posterior se hallan simétricamente elevados, aunque sea á diferente altura.



Fig. 117.
Pesario de Smith.

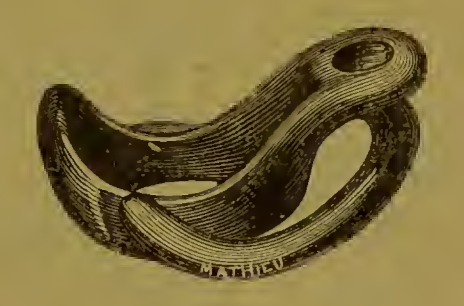


Fig. 118
Pesario de Fowler.

Para colocarlo se deben seguir las mismas reglas que hemos indicado para el de Smith.

El *pesario de Borgniet*, es de los más cómodos é inofensivos, pues permite su colocación á las mismas enfermas, pudiendo éstas, por consiguiente, quitárselo al acostarse, lavarlo y volver á colocarle á la mañana siguiente en su respectivo sitio, impidiendo así el que llegue á formarse esa infección local debida al uso de los pesarios permanentes y que tan graves consecuencias suelen acarrear algunas veces.

Nuestro distinguido y sabio profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de París, M. Gosselin, daba marcada preferencia al pesario Borgniet sobre todos los demás.

El *histeróforo* Borgniet se compone (véase el grabado 119), de un cilindro **A** de caoutchouc vulcanizado, de la longitud de la vagina, hallándose algo excavado en su extremidad superior, para permitir la cómoda adaptación del hocico de tenca; el cilindro descansa sobre una plancha hueca de caoutchouc **B C D E**, la que se termina con los tubos **T T T T**, destinados á tomar punto de apoyo en una pequeña cintura hecha *ad hoc*, ó en el mismo corsé convenientemente arreglado.

El grabado 120 representa el pesario llamado *á gimblette* (rosquilla), y está construido con caoutchouc vulcanizado. Libre su interior del aire atmosférico, se dobla con facilidad y se in-

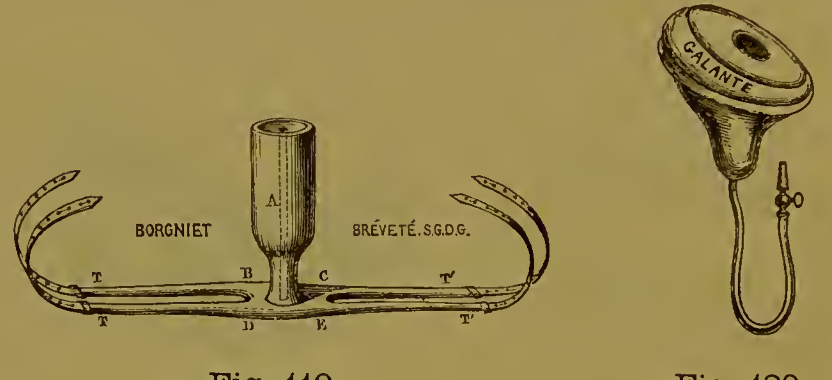


Fig. 119.
Pesario Borgniet.

Fig. 120.
Pesario de Galante.

troduce cómodamente en la vagina; una vez en ella y convenientemente colocado, se debe insuflar y adquiere la forma que indica el grabado.

Pesarios intra-uterinos.—Estos pesarios están constituidos por un tallo más ó menos largo, destinado á penetrar en la cavidad de la matriz.

El de Mr. Ervez de Chegoin (1) «consiste en un cilindro escotado, cuya parte más delgada se introduce en la cavidad de la matriz, y la más gruesa descansa en la cara posterior de la vagina.

«El de Simpson consta de un tallo de marfil ó metal, com-

(1) A. Gómez Torres.—*Tratado clínico de enfermedades de mujeres*, pág. 180.—Granada.

puesto á veces de dos metales para combinar la acción mecánica con la eléctrica; el vástago intra-uterino va unido á una bolita que puede apoyarse sobre un tapón ó sobre la pared vaginal.

»El de Kiswisch está constituido por dos ramas metálicas que se introducen reunidas, y se separan después por medio de un resorte que comunica con el mango.»

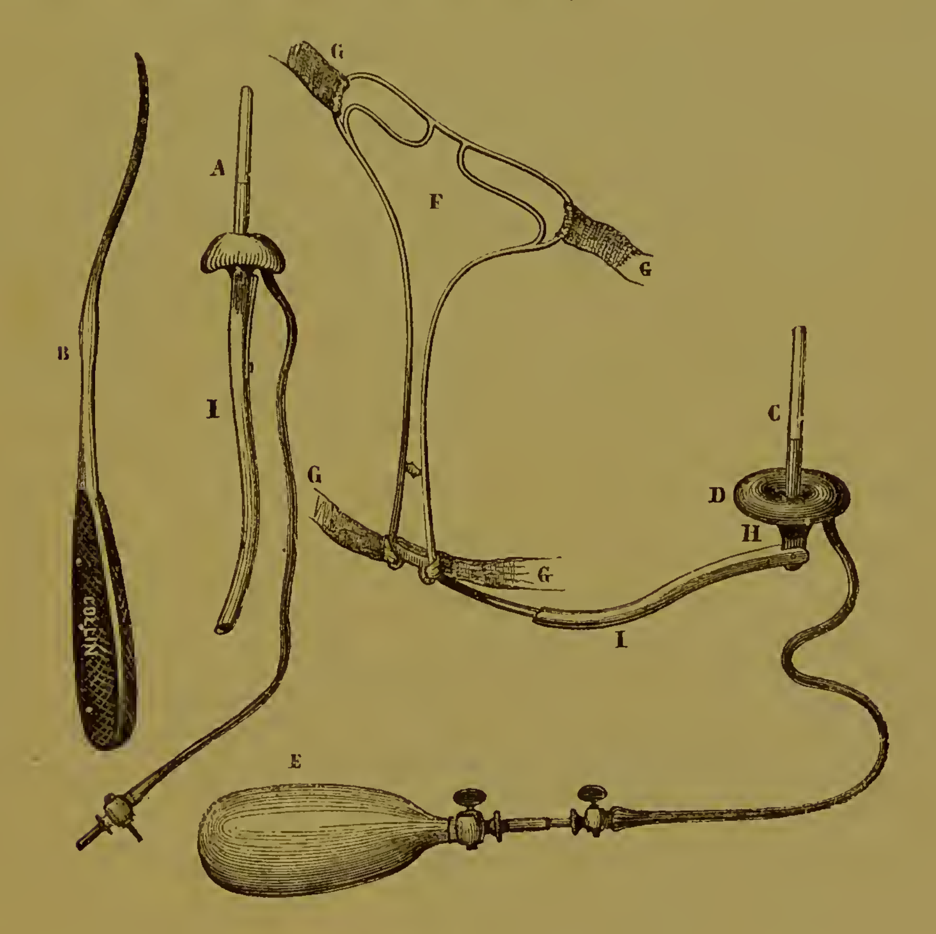


Fig. 121.

Histeróforo de Valleix.

Por último, el histeróforo de Valleix (fig. 121) se compone de un vástago **C** colocado sobre un disco de metal, al cual se adapta un cono hueco de goma **D**. Esta parte del aparato está unida, mediante una articulación de resorte **H** con un tallo metálico **I** que se inclina en ángulo de 90° con una almohadilla triangular, destinada á fijarse en la región hipogástrica con el auxilio de cuatro cintas **G G G G**. El globo **E** sirve para in-

suflar el cono de goma **D** en el cual descansa el verdadero pesario: el conductor **B** sirve únicamente para facilitar la aplicación del pesario Vallcix.

El pesario que acabamos de describir es muy ingenioso y de gran utilidad cuando la matriz puede tolerarle; de nó, sobrevienen accidentes graves, y en algunas ocasiones rápidamente mortales.

Cuando no se puede aplicar un sostén interno ó externo, ó cuando hay alguna razón que invoque una cura radical, se puede recurrir á diversas operaciones quirúrgicas, las cuales descansan sobre diferentes principios, que toman nacimiento en las diferentes teorías concebidas sobre las causas del prolapsus.

Los primeros ensayos, como dice muy bien Barnes, se fundaron en la simple idea de la oclusión de la vulva. Hé aquí la historia que da á este propósito el *Diccionario quirúrgico* de san Cooper:

«Hamiltón ha propuesto otras veces remediar los prolapsos »antiguos ó graves, excitando una inflamación adhesiva en la »vagina, de manera que se produzca la reunión de sus paredes. »Sin embargo, aunque se encuentra algunas veces una oclusión »más ó menos completa de la vagina, todos los médicos saben »cuan difícil es producir una inflamación adhesiva en una mu»cosa; esta es la causa por la que Hamiltón no lo ha intentado. »Una operación más practicable es la que consiste en aproxi»mar las caras internas de los labios anteriormente avivados y »suturarlos. Ireland lo ha hecho en Dublin, y publicó los éxi»tos que obtuvo. Cruveilhier prefiere determinar una estrechez »del fondo de la vagina, cauterizando con el nitrato de plata ó »con un ácido. Un autor anónimo dice que esta operación ha »sido practicada á menudo por Velpeau, Boivin, Laugier y »otros. Algunos operadores hacen con el bisturí heridas en las »superficies opuestas, y las reunen; otros las hacen con escaró»ticos. Ireland parece atribuir á Marshall-Hall el mérito de ha»ber imaginado esta operación, pero es probable que la idea se

»debe á Girardin, que es quien la ha propuesto en 1823. Para »la historia de esta operación véase *Annali universali di medi- »cina*, editados por Omodei en Milán (Diciembre de 1833). Frick, »de Hamburgo, ha hecho esta operación en 1831 con un éxito »completo, y la recomienda.

»La cita siguiente, sacada de la traducción de Mme. Boivin, »por Heming, pág. 53, da algunos detalles sobre la operación »de Marshall-Hall, la cual parece ser la excisión de un colgajo »de la mucosa vaginal: Marshall-Hall ha curado últimamente »un prolapsus uterino completo, produciendo una estrechez ar- »tificial de este canal: ha extirpado un colgajo de la mucosa, de »la longitud de la vagina y de una anchura de 12 milímetros, »y ha suturado los bordes de la herida. Marshall-Hall no habla »de la hemorragia, y asegura que la operada no ha sufrido y »no ha tenido fiebre después de la operación. En una nota, el »traductor añade que no hubo más que poca hemorragia, y que »dos años más tarde, en Noviembre de 1833, Mister Vincent en- »contró el útero y la vejiga perfectamente en posición.

»Dieffenbach ha abandonado, desde hace mucho tiempo, el »empleo de los pesarios, y ha adoptado el método que consiste »en la hablación de un colgajo oval de la mucosa vaginal: la »idea de esta operación la tuvo, viendo un caso en que una »parte de la vagina cayó gangrenada mientras que el útero »estaba prolapsado. El útero se redujo durante la cicatrización, »y resultó una curación completa. Cruveilhier prefería la exci- »sión de algunos colgajos de la mucosa, cerca del cuello, al mé- »todo de Dieffenbach ó de Marshall-Hall.»

Paulini ha propuesto obtener la estrechez de la vagina introduciendo y manteniendo por mucho tiempo en este órgano dos pesarios redondos, queriendo con este medio excitar una inflamación de las paredes vaginales acompañado de un trabajo de excitación; pero aunque los casos que da á conocer hablan en favor de su procedimiento, no todas las enfermas querrán someterse á él, porque obliga á guardar cama por muchas se-

manas: no siempre es seguro el resultado, ni tampoco es innegable que la inflamación provocada artificialmente no pueda trasmitirse desde la vagina á la vejiga, al útero ó al peritoneo.

La operación propuesta por Gustavo Simón de Heidelberg, se funda sobre la idea de reforzar la pared posterior de la vagina para hacer un sosten para el útero y para la pared anterior. Yo debo á James R. Chadwick, dice Barnes (1) el resúmen siguiente: «Simón llama á su operación, colporrafia posterior. Quita un gran colgajo mucoso de la pared vaginal superior, y reune los bordes de la superficie puesta en descubierto de manera que se estrecha la vagina.» Se opera generalmente con la ayuda de un gran espéculum ventanado aplastado, que dilata la vagina: este espéculum es una modificación del de Sims.

«En la abertura de la ventana se levanta fácilmente con las tijeras ó el bisturí una porción de la mucosa y del tejido subyacente, hasta una distancia de 20 á 25 milimetros de la inserción de la vagina sobre el cuello. Es preciso no cortar todo el espesor de la pared vaginal por temor de obtener una cicatriz sólida. La extremidad superior de la superficie denudada no debe ser punteada, sino casi cuadrada, de modo que después de la cicatrización exista por encima una especie de saco que reciba y retenga el cuello; sin esto penetraría en el canal estrechado, haría gradualmente su camino dilatándose, y en fin, se prolapsaría de nuevo. Interiormente es preciso denudar la mucosa de la parte posterior de los grandes labios, de modo que, reuniéndolos y suturándoles, se tiene un periné prolongado que da un poco de apoyo. Se aproximan los bordes opuestos de la herida por medio de algunos puntos de sutura con un hilo de seda, que se deja cinco ó seis días ó más. Todas las superficies así reunidas se sueldan y se obtiene una banda cicatricial firme y densa, que ocupa casi toda la longitud de la pared vaginal posterior. De este modo se estrecha la vagina, lo que le da rigidez

(1) R. Barnes.—*Tratado clínico de las enfermedades de la matriz*, pág. 628.

y la hace capaz de soportar su propio peso y el del útero. Simón atribuye á su procedimiento las siguientes ventajas: forma un saco en el cual descansa el útero; opone un obstáculo sólido á la salida del útero en el punto en que este órgano tiene tendencia á caer, y hace á la vagina más estrecha y más rígida; además, el útero no es atraido hacia abajo por la cicatriz, como lo es después de la operación de Sims, con una mejoría temporal. Simón ha hecho más de treinta operaciones por su método y, con una sola excepción, ha obtenido curaciones completas y permanentes, aunque la mayor parte de sus enfermas fuesen pobres aldeanas que hacían los más rudos trabajos en los campos. Ha vigilado á varias durante muchos años, sin que la procidencia se hubiese reproducido.»

Según Tracy, de Melbourne, hé aquí la conducta que hay que seguir: 1.º Cuando se trata de un prolapsus sin prolongación considerable del cuello, quitar un colgajo de la pared vaginal anterior, según el método de Sims. 2.º Si la prolongación es considerable, amputar una parte del hipertrofiado y quitar un colgajo triangular de la mucosa, por delante del cuello, tallando la base del mullón cervical, y aproximar los bordes de la incisión por suturas. Si hay un rectocele considerable con debilidad del periné, hacer la colporrafia posterior. 3.º Si las tres condiciones se han reunido, hacer las tres operaciones, aconsejando en general, hacerlas en tres sesiones.

Oclusión de la vagina.—Procedimiento del profesor León Lefort, de París.—Nuestro sabio profesor de *Operaciones* de la facultad de Medicina de París M. Lefort, cirujano del hospital Beaujon, nos hacía fijar en todos los casos de prolapsus uterino que acudían á su clínica quirúrgica, que nunca el órgano gestador sale primero de la vulva y que por consiguiente, no debe achacarse al útero la causa de que se prolapsen las paredes anterior y más tarde la posterior de la vagina.

El órgano que primero suele descender es, generalmente, la parte del tabique vaginal que se halla más cercana de la vulva;

lo restante se prolapsa por mero resbalamiento de sus superficies: lo mismo tiene lugar en la pared posterior.

M. Lefort se propuso poner en relación estas paredes opuestas avivándolas en el mismo nivel y uniéndolas por medio de la sutura.

Hé aquí la manera como practicó esta operación en una enferma de su servicio en el mes de Abril de 1879.

Hallándose el útero prolapsado, y sin tratar de reducirlo, M. Lefort practicó 4 incisiones sobre la pared anterior de la vagina, limitando un colgajo de mucosa que estrajo, lo cual dió por resultado, un avivamiento de unos 6 centímetros de longitud por 2 de ancho, lindando la sección anterior lo más cerca posible de la vulva.

Luego hizo dirigir el prolapsus uterino hacia el abdómen con objeto de tener libre la parte posterior del tumor, y practicó en dicho sitio un avivamiento parecido al que había efectuado en la pared anterior: hecho esto, redujo en parte el útero para hacer corresponder las extremidades de las dos superficies avivadas, y en la parte más cerca de la matriz aplicó, sobre el borde trasversal, tres puntos de sutura para reunir linealmente las paredes anterior y posterior de la vagina; reunió los bordes laterales, logrando así unir las paredes vaginales opuestas é impidiendo, por lo tanto, la caída de la matriz.

A los diez días de practicada esta operación los hilos de plata se desprendieron, y por el tacto vaginal pudimos apreciar el feliz éxito que obtuvo con este gran procedimiento, nuestro sabio maestro de la facultad de París.

MEDICACIÓN INTRA-UTERINA.

La medicación intra-uterina consiste en el uso de diversos agentes medicamentosos, destinados á combatir las alteraciones de la mucosa uterina.

Esta medicación aceptada por unos y desechada por otros, merece que se estudie con detención, porque aún cuando es cierto que con su empleo han sobrevenido varios accidentes á las enfermas, en cambio se citan múltiples casos de curación gracias á su uso.

La creemos indicada para combatir la endometritis, las fungosidades existentes en la mucosa uterina, en la dismenorrea membranosa y en otros casos; por el contrario debe proscribirse en las flegmasias agudas del útero y de sus anejos.

Las substancias medicamentosas que se utilizan son líquidos, sólidos y semi-sólidos.

ARTÍCULO I

AGENTES LÍQUIDOS

Los medicamentos líquidos se introducen en el interior del útero por medio de jeringuillas ó bien con pinceles empapados en el líquido determinado para la cauterización.

INYECCIONES INTRA-UTERINAS

Para practicar estas inyecciones se pueden usar varios instrumentos, tales como la sonda número 9, una sonda de doble corriente, la misma jeringuilla de Pravaz provista de un catéter, etc.

Manual operatorio.—Debe dilatarse el cuello uterino antes de practicar la inyección, porque en muchos casos el práctico podría encontrarse con la atresia del cuello uterino, y tendría

que practicar la irrigación uterina otro día, lo cual produciría mal efecto entre los parientes de la enferma.

Dilatable que sea el cuello uterino, se colocará en la vagina un especulum de madera y se procederá á practicar la inyección. La sonda que se adapte á la jeringuilla debe tener unos

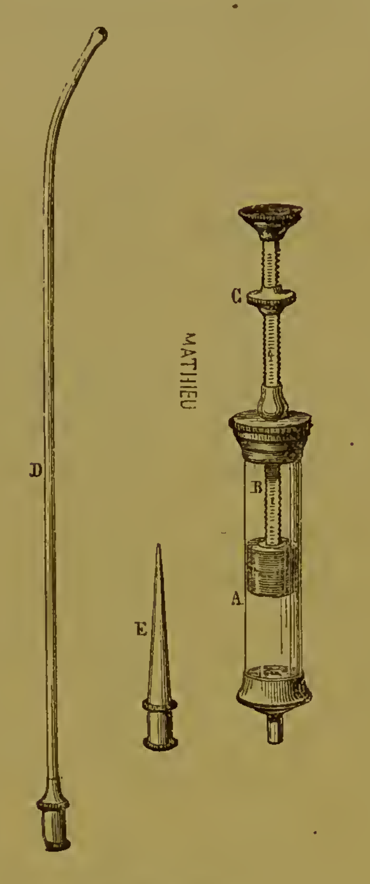


Fig. 122.

Jeringuilla para las inyecciones intra-uterinas.
A. Pistón.
B. Espiga graduada por la cual resbala la rosca C.
D. Sonda metálica para adaptarse á la jeringa.
E. Pequeño embudo donde puede adaptarse una sonda de goma.

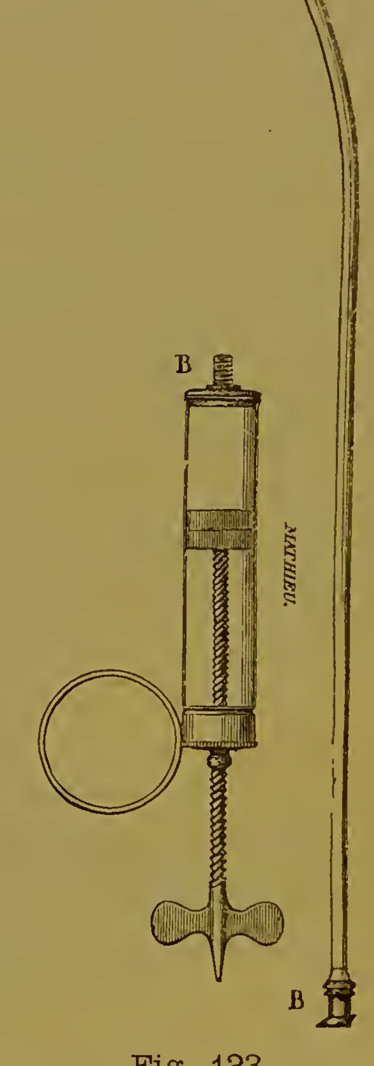


Fig. 123.

Modelo de la jeringa de Mathieu para las inyecciones intra-uterinas.

3 milímetros de diámetro. De ese modo queda un espacio libre alrededor de la sonda por donde puede salir el líquido sobrante que se haya inyectado.

La sonda debe penetrar unos 6 centímetros, para que llegue

al fondo de la matriz; cuando entre únicamente unos 3 centímetros, es señal de que encuentra algún obstáculo en el útero: en ese caso, debe retirarse un poco y volverla á introducir. Una vez que haya penetrado 5 ó 6 centímetros conviene inyectar cierta cantidad de agua caliente (á 30° C.), para limpiar la mucosa de los productos de secreción que puede contener.

La inyección debe practicarse paulatinamente para que la matriz se distienda poco á poco.

Respecto á la naturaleza del líquido inyectado, varía según los prácticos. Mi malogrado maestro de ginecología de París, Gallard, utilizaba comunmente la solución de percloruro de hierro á 30°, la tintura de iodo.

Liebman disuelve el percloruro de hierro en glicerina en la proporción de $^1/_{10}$. Esta solución como la de tintura de iodo mezclada con glicerina (partes iguales) son por lo general poco dolorosas; las enfermas experimentan únicamente después de la inyección, un poco de calor al nivel del hipogastrio, que cesa al poco rato.

EMPLEO DE LOS PINCELES

En diversas ocasiones hemos visto en las clínicas de París, que los ginecólogos utilizaban los pinceles empapados en líquidos cáusticos, para friccionar la mucosa intra-uterina.

Entre los pinceles que recomendamos para cauterizar el útero citaremos el de Mathieu, fig. 125, el cual se compone de una espiga hueca por donde resbala el pincel que, ínterin recorre la vagina, permanece oculto; una vez puesto en relación con el orificio uterino, se empuja el pincel y penetrando éste en la cavidad uterina, la cauteriza sin que un exceso de líquido llegue á irritar las paredes vaginales.

El aparato de Woodburg, está construído bajo ese mismo sistema.

ARTÍCULO II

AGENTES SÓLIDOS

Los medicamentos sólidos que se suelen introducir en la cavidad del útero, son cilindros del grueso de 2 á 3 milímetros y del largo de unos 4 centímetros. Elabóranse con el nitrato



Fig. 124.
Modelo de jeringa para inyecciones hipodérmicas del Dr. Brawn

Fig. 125.
Pincel de Mathieu para cauterizar la mucosa intra-uterina.

Fig. 126.
Histerómetro inyector del doctor Camuzet.

de plata, el iodoformo, sulfato de zinc, tanino, alumbre, etcétera, etc. Cuando se utilizan substancias muy cáusticas se im-

pregna la extremidad de una sonda y se va untando la mucosa uterina.

Las *cápsulas medicamentosas* no se utilizan hoy día, por la dificultad que existe para introducirlas en la cavidad uterina.

SUBSTANCIAS PULVERULENTAS

Varios ginecólogos han preconizado la inyección de polvos medicamentosos en la cavidad del útero; para ello se valen de una sonda en cuyo interior hánse colocado los polvos, los cuales ya sea por medio de un pistón, ya gracias á una perilla de caoutchouc son expulsados hacia la mucosa uterina.

Entre las sustancias medicamentosas que se usan con más frecuencia citaremos los polvos de iodoformo, los de tanino y alumbre.

ARTÍCULO III.

MEDICAMENTOS SEMI-SÓLIDOS.

La mayor parte de medicamentos empleados en la terapéutica de afecciones uterinas, pueden incorporarse con vaselina ó glicerina y ser proyectados hacia la cavidad uterina, por medio del histerómetro inyector del Dr. Camuzet (véase el grabado 126), el cual tiene la forma y dimensiones del histerómetro de Huguier. En su extremidad inferior existe un tubo en el que se atornilla el mango. Cuando quiere utilizarse dicho instrumento para proyectar el medicamento, se separa el mango y en su sitio, se coloca un recipiente conteniendo la pomada que se desea inyectar. El recipiente viene á ser un tubo como los que utilizan los pintores de cuadros, el cual una vez comprimido hace salir por la extremidad libre de la sonda, el medicamento que existía en su interior.

Hé aquí la fórmula de una pomada que hemos empleado con el histerómetro de nuestro ilustrado compañero el Dr. Camuzet:

Vaselina.		25 gramos.
Iodoformo.	aa	6 »
Glicerina..		

M.

En diversos casos de endometritis crónica hemos usado la indicada pomada iodoformada con excelentes resultados.

ELECTRO-TERAPIA EN GINECOLOGÍA

Numerosos son los aparatos eléctricos que se han construído, para tratar las diversas enfermedades que padece la mujer. La electro-terapia háse aplicado sobre todo, para combatir los miomas uterinos.

Según el Dr. Chéron, las corrientes inducidas no pueden ser toleradas largo tiempo en el tratamiento de los tumores fibrosos del útero, porque su aplicación es muy dolorosa y determina un estado de excitación nerviosa que las enfermas no resisten.

Las corrientes contínuas no tienen el mismo inconveniente, pero tampoco producen tan buenos resultados; lejos de hacer disminuir el tumor, parece que aumenta su volúmen, provocando casi constantemente metrorrágias abundantes.

El único modo de emplear la electricidad, que sea aplicable en este caso, es la de intermitencia de la corriente contínua. Uno de los electrodos se coloca en el orificio del cuello; el otro en la pared abdominal. La corriente se desarrolla por una pila de gran número de elementos, 100 de Remarck por lo menos, ó la de 60 idem de Trouvé-Callaud, y se la interrumpe á intérvalos regulares y de corta duración.

Entre los aparatos de corriente contínua citaremos el de Trouvé-Callaud representado en el grabado 127, se compone de sesenta elementos que funcionan con sulfato de cobre.

Este aparato, por su gran tamaño, es propio para el gabinete del médico.

Para la faradización á domicilio, utilizamos el aparato de Gaiffe fig. 128.

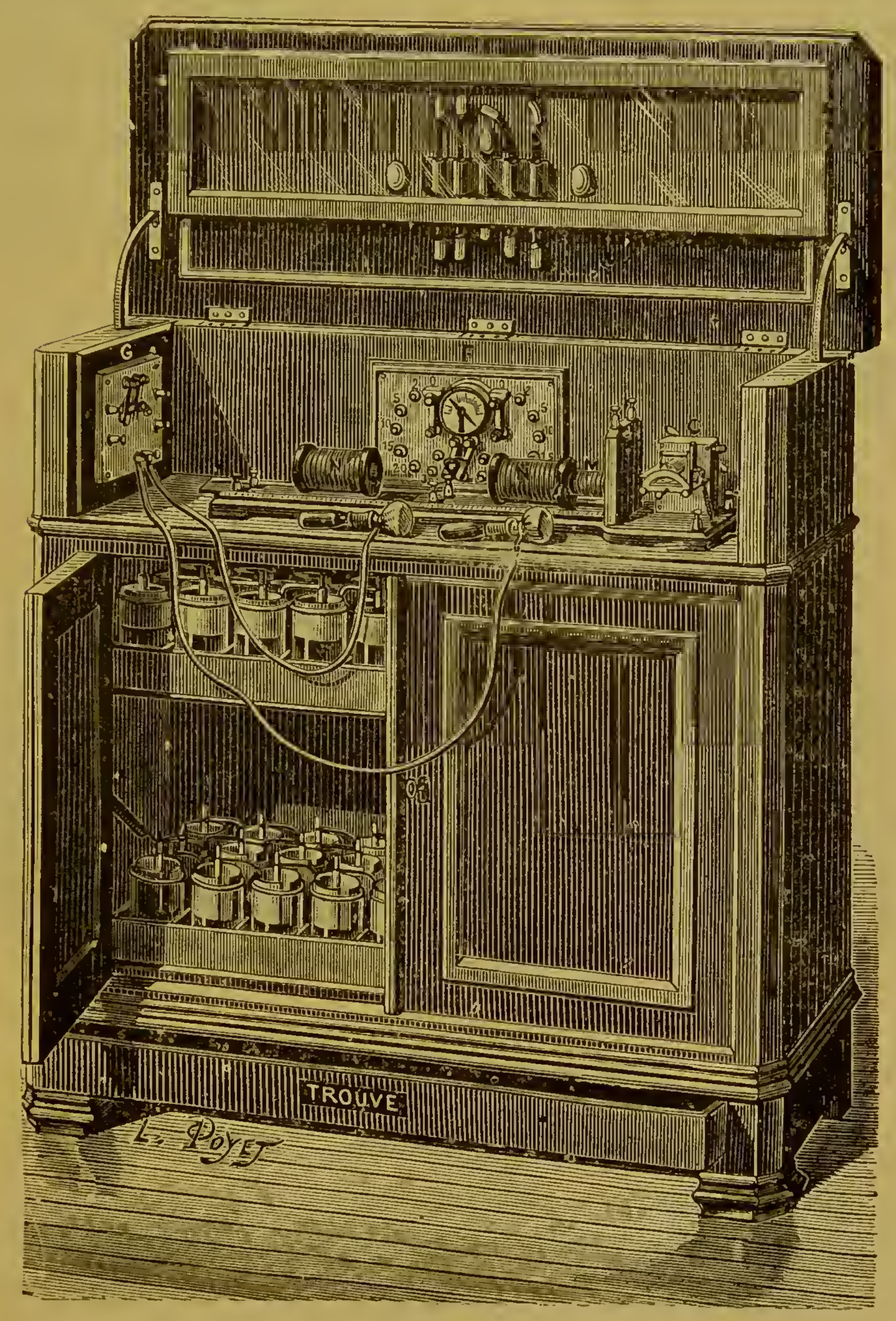


Fig. 127.

Hállase compuesto de elementos de bióxido de manganeso y de cloruro de zinc, teniendo gran número de resortes necesarios para hacer variar la intensidad de la corriente sin que varíe

su tensión, y para hacer variar su tensión sin que se altere su intensidad; por último, contiene un galvanómetro que marca las unidades de intensidad.

La figura 129 representa detalladamente uno de los elementos del aparato que acabamos de describir; se halla compuesto de un cilindro de carbón C, agujereado en toda su longitud con una ó varias aberturas, haciendo el oficio de vaso poroso, al mismo tiempo que de elemento colector; una varilla Z de zinc amalgamado recorre toda la longitud del vaso V; las tuercas E

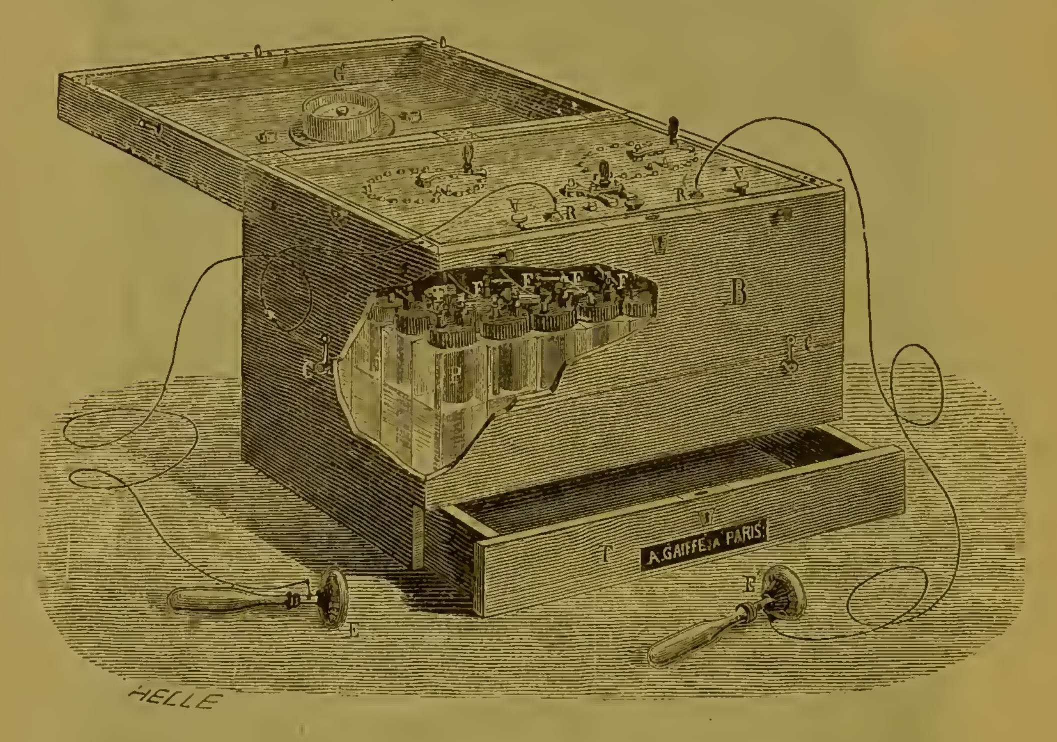


Fig. 128.

Batería portátil de M. Gaiffé.

E' sirven para poner en comunicación los elementos entre ellos ó con los reóforos.

Para faradizar el útero, el Dr. Martín procede del siguiente modo, cualquiera que sea la variedad del fibro-mioma. Introduce, lo mismo que Chéron, en la cavidad del cuello uterino si es posible (véanse los grabados 130 y 132), y en el caso contrario aplica sobre la mucosa del mismo, un pequeño botón olivar metálico que constituye el electrodo positivo.

Este botón, que debe ser de platino, porque todos los otros metales se oxidan y destruyen rápidamente, forma la extremidad de una sonda metáliea de unos 20 centímetros de longitud, eubierta, á excepción de sus dos extremos, por una envoltura aisladora de gutapercha (véase la figura 131). A la extremidad opuesta del botón olivar viene á fijarse el hilo posi-

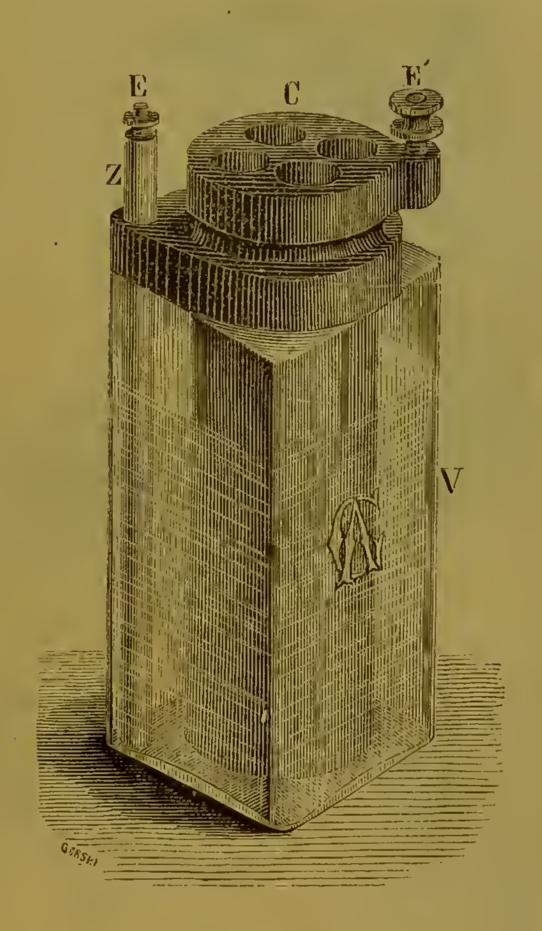


Fig. 129.

Modelo de un elemento de bióxido de manganeso de la pila de M. Gaiffé.

tivo del aparato. El eleetrodo negativo, formado por una plaea metálica de 5 eentímetros próximamente de diámetro, cubierta de piel ó lienzo mojado se apliea sobre la parte de la pared abdominal que corresponde al fondo del útero. De esta manera la corriente atraviesa el tumor en todo su espesor.

Según la experieneia de los doctores Chéron y Martín, rara vez llega á comprobarse la disminución de los histeromas, an-

tes de las veinte ó veinte y cinco sesiones. A partir de este momento, la regresión se verifica por lo común con rapidez.

Esta intermitencia de las corrientes contínuas no produce ningún dolor; es fácilmente tolerada y provoca con rapidez la disminución de los tumores. Cada intermitencia tiene por re-

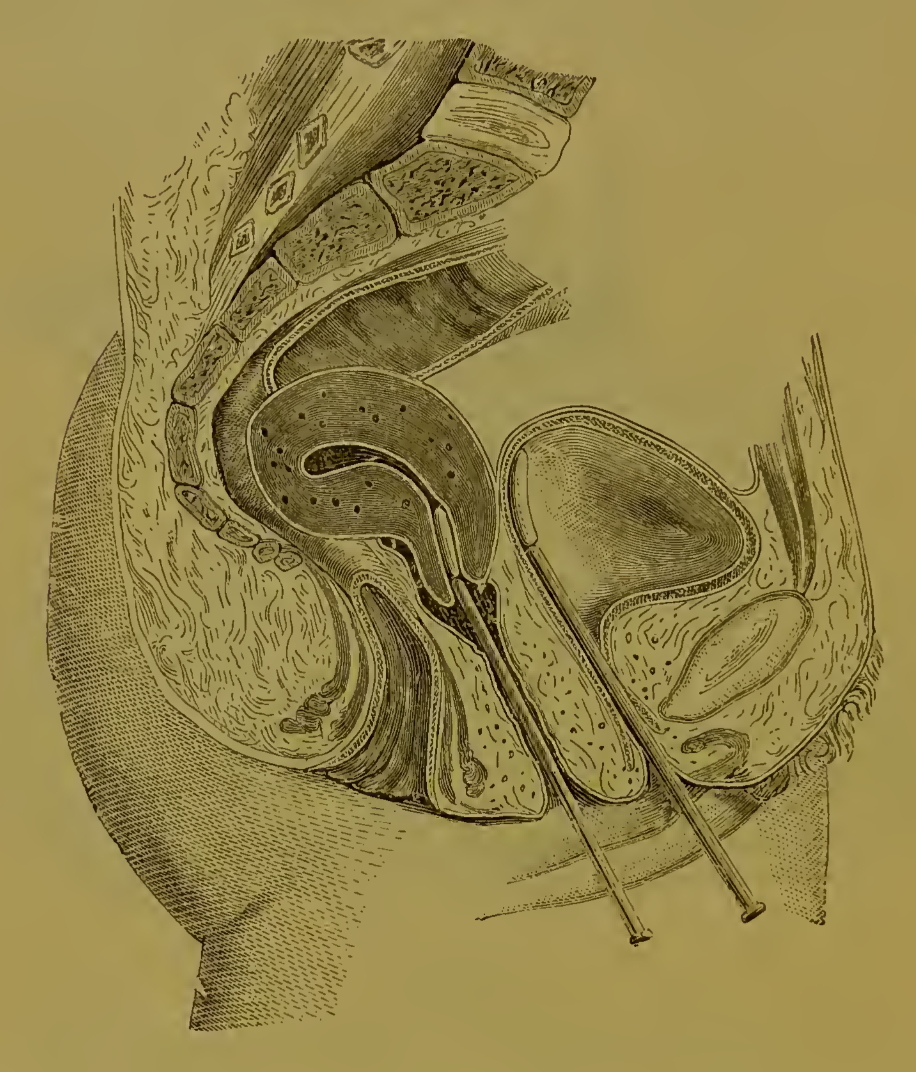


Fig. 130.

Faradización vésico-uterina.

sultado, la contracción de todos los elementos musculares atravesados por la corriente.

Los vasos uterinos se contraen en este momento; las fibras de la matriz, tanto las de las paredes como las que entran en la constitución del fibro-mioma, vienen á comprimir el tumor

disminuyendo su volumen. Por otro lado, la contracción de las paredes abdominales y de los músculos de la pélvis ejerce al mismo tiempo sobre el órgano enfermo, una especie de amasamiento, que es una nueva causa de reducción del tumor. Bajo la influencia de este tratamiento se ve á los fibromas uterinos

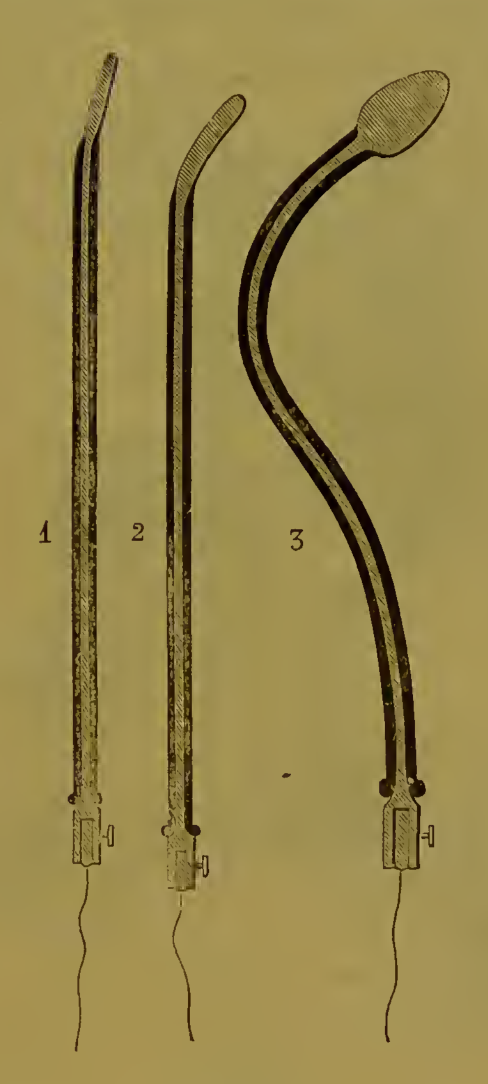


Fig. 131.
Excitadores viscerales de M. Tripier.—1.°, excitador uterino; 2.°, excitador vesical; 3.°, excitador rectal.

disminuir rápidamente, pierden su vascularización, las hemorrágias se hacen cada vez menos frecuentes y acaban por desaparecer.

Pero no hay que pensar que pueda llegarse á la resolución completa del tumor. El fibro-mioma no puede desaparecer

completamente, pero se trasforma. Entran en su composición como elementos, fibras musculares, vasos sanguíneos y linfáticos, y tejidos fibrosos. Las fibras musculares y los vasos pueden sufrir la degeneración adíposa y llegar de este modo á ser reabsorvidos; pero el tejido fibroso es refractario á semejante trabajo de regresión. Por el contrario, se hace más denso y

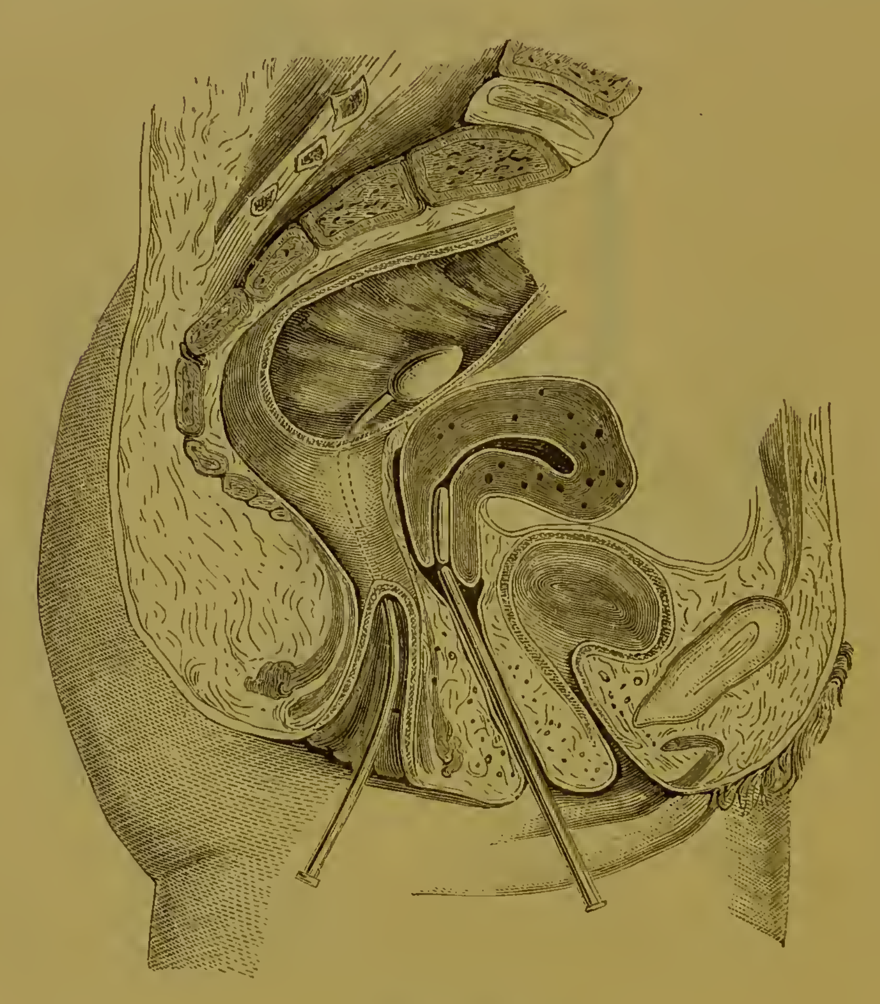


Fig. 132
Faradización útero-rectal

produce una especie de esclerosis, que tiene por efecto acelerar la desaparición de los otros elementos; en una palabra, el tumor cambia de naturaleza; de fibro-muscular se hace puramente fibroso. Esta transformación es de excelentes resultados para la paciente. Suprime los elementos vasculares y nerviosos, y de esta manera pone fin á las hemorrágias y á los dolo-

res; al mismo tiempo tiempo reduce el volumen del tumor, logrando de este modo constituir á la enferma en un estado, que es para ella, equivalente á la curación.

El Dr. Aimé Martín ha tenido la ocasión de tratar doce casos de fibromas uterinos por medio de la electricidad; de ellos, cuatro sub-peritoneales, cinco intersticiales y tres sub-mucosos, obteniendo cuatro curaciones *completas* y cuatro alivios muy notables.

Mr. Martín advierte con empeño que no ha empleado la electrolisis, antes por el contrario, todos sus esfuerzos se han dirigido á evitar la acción química de las corrientes contínuas; y para designar la fuerza especial que busca en las corrientes usadas en el tratamiento de los fibro-miomas, se sirve de las palabras *acción electro-atrófica.*

Mr. Martín piensa, que hay cierta analogía entre el método que preconiza y la acción de las inyecciones hipodérmicas de ergotina, cuyas indicaciones y contra-indicaciones conocidas podrán quizás, ilustrar al práctico que desee aplicar en semejante caso el tratamiento eléctrico.

LA ELECTROLISIS UTERINA

POR EL DOCTOR DELELITANG (DE NANTES) (1).

No debiera ser asunto para mí el de hacer la historia completa de la electrolisis intra-uterina, ni la de desenvolver tampoco todos los puntos con relación á estas operaciones. Los trabajos de Apostoli, que han venido á confirmar sin número de publicaciones, en su mayor parte extranjeras, lo han puesto en claro ya, y los procedimientos empleados, y los resultados obte-

(1) En vista del gran interés práctico que encierra la Memoria del Dr. Delelitang leida por dicho compañero en la Academia de Medicina de Paris en Noviembre de 1890, hemos creido oportuno publicarla integra.

nidos. Solamente me ha parecido interesante hoy el traer los apuntes de algunas observaciones que he podido hacer en mi clientela sobre este motivo, y algunas reflexiones que estos análisis me han sugerido.

Desde el año 1884, que seguí durante algún tiempo la clínica del Dr. Apostoli, he tratado por su método noventa y siete enfermos atacados de fibromas uterinos.

De estos enfermos, siete han experimentado en parte y en todo el tratamiento en el Hotel-Dieu de Nantes, y treinta y dos me fueron enviados por los médicos más distinguidos de la región. El resto pertenece á mi clientela particular.

Atúveme escrupulosamente á las reglas indicadas por el doctor Apostoli, tal como él las formuló en 1884. En efecto, aparte de algunos casos aislados, no he traspasado la tensión eléctrica que empleaba él entonces. Me he servido, lo más á menudo, de una corriente de 100 á 120 *miliamperes*, algunas veces menos; las sesiones han tenido una duración media de cinco minutos y han sido separadas, en general, por un intervalo de cuatro á siete días. He hecho la mayor parte de las aplicaciones eléctricas en mi gabinete.

Este tratamiento, *obra verdaderamente personal del Dr. Apostoli*, está á punto de vulgarizarse. Como toda cosa llamada á un gran porvenir, tiene muchos partidarios y algunos detractores. Sin embargo, me parece que los resultados no han sido suficientemente analizados y que no se ha buscado lo bastante el poner en luz las propiedades físicas de las corrientes en general, y los efectos en el caso particular que nos ocupa.

En 1879, el *Dr. Aimé-Martín* había querido explicar la acción de las corrientes continuas sobre los fibromas uterinos. Hasta había propuesto una palabra nueva, y, para designar la fuerza especial utilizada en el tratamiento de los fibromiomas, se servía de las palabras: acción *electro-atrófica*.» Pero su teoría tal que él la formula, está sugeta á muchos errores físicos.

Volveré á estudiar esta tesis, y apoyándome de un lado so-

bre los hechos clínicos, bien observados, del otro sobre leyes físicas indiscutibles, me parece fácil el demostrar la relación que existe entre estas dos órdenes de ideas.

Como he dicho, *treinta y dos* de mis enfermos me han sido enviados por compañeros de quienes han quedado clientes; su tratamiento ha sido seguido y registrado por ellos. Los informes que he recibido posteriormente sobre estos enfermos, me han sido en general, administrados igualmente por sus médicos.

Los resultados que van á continuación, comprobados naturalmente por estos mismos colegas, ofrecen un sello de autenticidad absoluta.

Largo sería el relatar minuciosamente las observaciones de estos 32 fibromas. Prefiero no referir más que los hechos principales.

Los 16 enfermos siguientes me han sido enviados por el doctor Heurtaux, miembro corresponsal de la Academia de Medicina, profesor de clínica quirúrgica en la Escuela de Medicina de Nantes.

1.—Mme. P. G..., de Nantes, 50 años (24 Junio 1885), 12 *sesiones* de 100 á 120 miliamperes. Gran fibróide intersticial llenando toda la fosa ilíaca derecha y remontándose hasta el ombligo.

Todavía menstrua, pero nunca con hemorragia. Dolores haciendo casi imposible el andar. Al fin de Octubre de 1885, disminución del volumen del vientre. Gran mejoría; la enferma se considera como curada.

El 20 de Enero de 1888 la mejoría persiste por completo.

2.—Mme M..., de Nantes, 49 años (3 Julio de 1885) Fibróides del volumen de una naranja, desarrollado en la pared posterior de la matriz. Cuerpo en anteversión. Útero adherente é inmóvil. Hemorragias; dolores violentos 8 *sesiones*. La matriz vuelve á ser movible. Los dolores y las pérdidas cesan. El tumor queda lo mismo.

Curación sintomática definitiva hasta ese dia.

10.—Señora R. L..., de Nantes, 40 años próximamente (26 de Febrero de 1886). Fibroma movible, grueso como una cabeza de feto. Reglas demasiado abundantes.

Salud buena, 9 *sesiones* solamente. Ningún resultado apreciable.

11.—Señora A..., de Saint-Nazaire, 33 años (16 Septiembre 1886). Asistida por el Dr. Dauvin, de Saint-Nazaire. Enorme masa llenando el abdómen. Útero en retroversión. Algunas pérdidas. Dolores abdominales. Imposibilidad de llegar al cuello. El tumor engrosándose rápidamente y la defecación haciéndose muy dificultosa, practico con la punta del trocar de Apostoli una punzada de 5 milímetros, lo menos adelante posible, pero sin embargo lo bastante para evitar el fondo de saco peritoneal y hago pasar una corriente de 50 miliamperes (polo negativo). Durante la noche que sigue, habiéndose desplazado el tumor, cesa de bambolear y la enferma pierde cerca de 2 litros de líquido peritoneal. Entonces se hace posible el introducir el histerómetro en la cavidad uterina y puedo hacer 21 *sesiones* positivas, variando de 100 á 150 miliamperes.

La masa se segmenta en gran número de núcleos de volumen variable y la enferma marcha muy mejorada.

El 27 de Septiembre de 1887, vuelve la misma, habiendo el tumor empezado á engrosar. Puedo todavía practicar *tres sesiones*, pero el útero habiendo basculado, la introducción de la sonda es imposible. No me atrevo á practicar una nueva punzada que atravesaría aun el peritoneo y ceso en el tratamiento. Bien que el volumen del vientre de nuevo haya crecido, el estado de la Sra. A..., no se ha agravado después.

12.—Señora F..., de la Roche, Sur-Yon, 26 años (12 Noviembre de 1886). Vista también por el Dr. Bonrian. Pequeño fibroma adherente, situado en la pared posterior del útero, estorbando á veces la defecación. Pérdidas muy abundantes y durante 15 á 20 días cada mes, 11 *sesiones*.

Disminución del tumor que se vuelve movible. Cesación de

las pérdidas. Esta cura, efectuada rápidamente se ha mantenido siempre después.

13.—Señora M..., de Cugan, 52 años (4 de Diciembre de 1886), 16 *sesiones*. Gruesos fibromas habiendo tenido la primera vez una disminución por las inyecciones de ergotina, pero habiendo tomado rápidamente su marcha en crecimiento. Ninguna desviación de la cavidad uterina. Circunferencia umbilical: 1 m. 04. La masa se encogió todavía más y la circunferencia cayó en 0 m. 88. Después no he tenido más nuevas de esta señora.

14.—Señora A..., de Nantes, 41 años. Asistida igualmente por su médico ordinario, el Dr. Laennec, director de la escuela de Medicina de Nantes.

Salud descalabrada. Fibroma apenas grueso como la extremidad del dedo meñique. Diez días poco más ó menos de pérdidas cada mes, que ponen á la enferma en un estado de debilidad extrema.

10 *sesiones* difícilmente soportadas. Las inyecciones de ergotina no han tenido jamás efecto alguno, las reglas son moderadas y el estado de la enferma mejor. Después el Dr. Heurtaux y yo hemos vuelto á ver esta enferma á menudo: la salud es siempre débil, pero las pérdidas no han aparecido.

15.—Señora G..., de l'Herbergement, 23 años (21 Abril 1887). Atendida por el Dr. Rousseau. Fibroma intersticial del volumen de un huevo ocupando la pared lateral derecha. Metritis parenquimatosa. Ulceración profunda del cuello. Pérdidas continuas.

Dos cauterizaciones al hierro rojo, luego 5 *sesiones* de electrolisis. La enferma vuelve á su hogar en un estado muy satisfactorio. He vuelto á ver á esta señora el mes último. El tumor ha quedado casi lo mismo, pero no ha vuelto á tener más pérdidas y todo vestigio de metritis ha desaparecido.

16.—Señora R..., de Nantes, 44 años. Vista en consulta el 30 de Abril de 1888 con el Dr. Heurtaux y el Dr. Jonon, miembro corresponsal de la Academia de Medicina, profesor de Anatomía en la Escuela de Medicina de Nantes, 22 *sesiones;* las primeras

aunque débiles han sido soportadas con dificultad. La enferma ha podido en seguida tolerar fácilmente las corrientes, de 100 miliamperes. Fibroma intersticial del tamaño del puño, manifiestamente rodeado de una zona más blanda, ocupando la pared posterior del útero y poniendo la cavidad en anteversión. Pérdidas excesivas datando de 5 años. La enferma guarda cama desde hace tres meses. Desde medio tratamiento esta señora se ha transfigurado absolutamente. Las épocas se regularizan, el apetito renace y las fuerzas vuelven á ella, hasta el punto de que esta enferma, que durante largos meses no podía sin desvanecerse, sentarse en su cama, puede hacer ahora caminatas de dos leguas.

El Dr. Luis Poisson, profesor suplente de Cirugía en la Escuela de Medicina de Nantes, me ha recomendado dos enfermas.

1.—Señora G..., de Nantes, 65 años (25 Octubre de 1885). Fibroma intersticial de volumen mediano, causando numerosas hemorragias. Estado general bueno, 11 *sesiones* bien soportadas, curación sintomática definitiva.

2.—Señora G..., de Blain, 55 años (6 de Enero de 1887). Fibroma hemorrágico del grueso del puño. Paraplegia incompleta, probablemente de origen reflejo, 2 *sesiones* bien soportadas: 50 á 100 miliamperes. Al día siguiente de la tercera sesión, la señora G...; experimentó una peritonitis aguda, localízada, por suerte.

Seguido de las amenazas serias de flemón, el estado se mejora y al cabo de tres semanas, la enferma se halla fuera de peligro. ¿Debemos acusar al electróliso de este accidente? El histerómetro había sido cuidadosamente encendido, la vagina desinfectada antes de la sesión y no había habido necesidad de violencía alguna para introducir el instrumento. Bueno será decir que la Sra C..., se habia expuesto á un enfriamiento prolongado inmediatamente después de la sesión sin reposar y bien que la influencia directa del frío fuera enérgicamente comba-

tida en brecha por las teorías microbianas actuales, puédese muy bien, así lo creo, admitirse que este agente ha sido todo lo menos predispuesto. Naturalmente el tratamiento interrumpido no fué repetido y la enferma quedó en el mismo estado que antes.

El Dr. Bernandeaux, médico de los hospitales me ha encomendado á tres enfermos.

1.—Srita. H..., de Nantes 50 años (29 Abril 1885) 24 *sesiones*. Masa fibrosa de consistencia bastante blanda, del volumen de una cabeza de niño de un año, llenando la fosa ilíaca derecha. Inmovilidad casi completa. Las reglas se suspendieron. Edema de los dos miembros inferiores, pero sobre todo del derecho que presenta un volumen considerable. Flebitis datando de un año. Dolores abdominales violentos. El andar y la detención son casi imposibles. Después del tratamiento, el tumor es segmentado en dos, el edema y los dolores han desaparecido casi del todo y la Srta. H...., puede dedicarse otra vez á su oficio de bordadora y pespunteadora que ejercía después.

2.—Sra. B...., de Nantes, 42 años (5 de Diciembre 1885). 17 *sesiones*. Tumor bastante grande, blando por algunos puntos, ocupando la pared anterior y el fondo de la matriz.

Derramamiento blancuzco contínuo, á menudo fétido. Reglas muy abundantes, la señora B. .., está absolutamente caquéctica, de color amarillo paja. En Burdeos, su médico había dado el diagnóstico de cáncer. Dolores impidiendo completamente el andar.

Después de cuatro meses de tratamiento, todos esos síntomas desaparecen y no han vuelto á aparecer después. El tumor ha disminuido un poco y es muy duro. La Sra. B...., que habita ahora en París, donde su marido ocupa una posición administrativa, hace viajes frecuentes á Burdeos, su ciudad natal. El Dr. Heurtaux ha podido igualmente estudiar á esta enferma.

3.—La Srita. G...., de Nantes, 30 años (4 Diciembre de 1885). Reglas demasiado abundantes con dolores. Fibroma de volumen medio. Esta señorita extremadamente nerviosa, no puede

soportar el paso de una corriente, ni siquiera débil. A la quinta sesión interrúmpese el tratamiento.

El Dr. Menager me ha recomendado también tres clientes.

1.—Sra. C...., de Nantes, 44 años (3 de Enero de 1886). Diabética. Pérdidas excesivas desde hacia siete años. Fibroma haciendo algún relieve en la cavidad uterina. 25 *sesiones* sin resultado alguno. En el mes de Enero de 1888, volví á ver á la enferma y después de comprobar que el tumor tiene tendencia á pediculizarse. Las pérdidas siguen siendo siempre abundantes. La Sra. C...., no ha vuelto más después.

2.—Srita. B...., de Nantes, 32 años (15 Diciembre 1885). Fibroides apareciendo intersticial en el fondo de la matriz. Esta última presenta una movilidad extraordinaria. La enferma tiene frecuentes ataques de histérico, sujeta á frecuentes constipaciones caprichosas y se queja, además, de dolores en la fosa ilíaca izquierda, haciéndola cojear de este lado. Nada de pérdidas, 21 *sesiones* repetidas en dos veces. Los dolores desaparecen, pero la constipación y las crísis de histérico persisten. Tumor más duro; un poco de disminución.

3.—Srita. H...., de Nantes, 39 años (7 Junio 1887). Fibroma bastante grueso en la pared posterior. El cuello se halla borrado. Pérdidas teniendo cada mes á la enferma en la cama durante ocho ó diez días.—20 *sesiones*. Las pérdidas disminuyen, lo mismo que el tumor. La señorita H. .., no pierde más que tres días por mes.

Hácia Febrero de 1888, pérdidas acuosas abundantes, cólicos y hemorragias. Yo compruebo la existencia de un pólipo que puedo quitar. Curación.

El Dr. Chenantais, profesor de clínica quirúrgica en la Escuela de medicina, me ha enviado dos enfermas, la Srita. A... y B...., con fibromas hemorrágicos no presentando nada de particular. Las dos han sido muy mejoradas, pero una de ellas, la Srita. B .. , vino á encontrarme después por nuevas pérdidas. Teniendo que empezar de nuevo el tratamiento.

Los Dres. Altimondy Gruget, el uno médico suplente, el otro cirujano substituto de los hospicios, me han enviado cada uno, una enferma afectas de cuerpos fibrosos hemorrágicos. Después de 22 *sesiones* en casa de la Srita. B..., y seis en la de la señorita C... las hemorragias cesaron.

El Dr. Albert Malherbe, profesor en la Escuela de medicina: 2 enfermas.

La primera, la Srita. B.... de Nantes, el 3 de Noviembre de 1886, con un pequeño fibroma adherente desarrollado á expensas de la pared posterior del útero y habiendo dado lugar, en varias ocasiones á la retención de orina.—14 *sesiones.*

Después de ese tiempo, bien que el fibroma no haya disminuido mucho, los retoños congestivos no han reaparecido más.

La segunda enferma, Srita. D..., de 27 años de edad (2 Diciembre 1866), presentaba una gruesa masa enclavada en la pequeña pelvis y teniendo, á los dos años, determinada la ascitis por compresión. Estábamos á la octava sesión y el estado general era naturalmente malo. Como se había imposibilitado el introducir una sonda por el canal cervical, practiqué una punción de un centímetro de profundidad y me serví del polo negativo (100 miliamperes) con el fin de crear una cavidad artificial. El tumor disminuía de una manera evidente cuando, ocho días despues de la quinta sesión de operación con electrolisis, la caída de una escara trajo la perforación de la vejiga en que un diverticulum se encontraba en una situación del todo anormal. Fué preciso interrumpir el tratamiento y suturar, vivamente, la fístula, operación que, por lo demás, tuvo éxito completo.

El tratamiento eléctrico no se volvió á usar. La Srita. D..., se encontró mejor y estuvo 7 meses sin que la ascitis tomara proporciones alarmantes; después el derrame tomó su marcha ascendente, nuevas paracentesis sencillas fueron necesarias y una peritonitis se llevó á la enferma.

Srita. S..., 29 años, vino á buscarme el 27 de Diciembre de

1885. Fibroma absolutamente esférico, del grueso de un útero grávido de ocho meses. Dado el diagnóstico por el interno de servicio, fué trasladada al hospital, á pesar de las protestas de la enferma. Pérdidas muy abundantes. Dolores al caminar. A la duodécima sesión las pérdidas cesan y á la veinte y siete cesa el tratamiento. El tumor se ha reducido á la mitad y el andar se facilita; 6 meses después el tumor, apenas del tamaño de una *mandarina,* puede ser apercibido solamente por el tacto vaginal. A menudo veo á esa mujer. El tumor tiene cierta tendencia á engrosar de nuevo, pero las pérdidas no han vuelto á aparecer. Háse producido una estrechez del canal cervical que he tenido que dilatar. Esta enferma ha sido atendida por el Dr. Guillemet, en la actualidad profesor de partos en la Escuela de medicina.

En fin, la Sra. A..., de Conéron, 37 años, me fué enviada el 28 de Noviembre de 1887 por el Dr. Ollive, médico suplente de los hospitales, profesor supernumerario en la Escuela de medicina. Esta mujer presentaba un tumor del grueso de un huevo en el espesor de la pared anterior del cuello, anémica por las hemorragias continuas datando de un año, ha visto desaparecer sus pérdidas y disminuir su fibroma en 7 sesiones. El Dr. Ollive, á quien fué á ver en Mayo de 1888, me dijo que, después de esto, había quedado gozando de una perfecta salud.

Termino esta enumeración que acabaría por ser fastidiosa. Pero otras observaciones no modificarían, por lo demás, las conclusiones que se pueden entresacar de las que acabo de citar. Observemos desde ahora tres cosas.

1.° Que menos dos excepciones, no he tratado que de las mujeres en las que la cavidad uterina era permeable, y que he empleado exclusivamente la electrolisis intra-uterina con la exclusión de toda punzada.

2.° No he hablado de tumores llamados fibrokísticos. Eso es, que considero en estos casos el tratamiento por la electrolisis como impotente.

Al menos, después de haberlos empleado, al principio, bastante número de veces contra este género de tumores, no he comprobado resultado alguno favorable por lo cual he renunciado. Creo, sin embargo que es necesario modificar esta apreciación por los pequeños kistes que subsisten á menudo con los gruesos fibromas y que no presentan una gran tendencia á su desarrollo.

3.° También he elíminado los tumores más ó menos pediculizados, sean sub-peritoneales, sean intra-uterinos. Estoy, no obstante, dispuesto á creer que la electrolisis apresura su enucleación; en efecto, he comprobado después del tratamiento, la formación de seis *pólipos* en mi clientela; esta proporción sobre 97 enfermos, me parece que pasa de la medida.

Coloquemos ahora en un punto de vista más general las observaciones que preceden.

Sobre las 16 enfermas del Dr. Heurtaux, 10 han sido curados (los números 1, 2, 3, 5, 6, 8, 12, 14, 15, 16); en efecto, encuentro que se puede considerar como tales, á las mujeres en las que todos los fenómenos mórbidos han desaparecido, hasta cuando queda un núcleo de débil volumen y no causando molestia alguna. Millares de mujeres tienen cuerpos fibrosos sin duda alguna, sin que sufran y se quedan asombradas cuando por sorpresa, se aperciben de ello. Es claro que no hay que considerar á estas mujeres como enfermas.

Diez de entre ellas tenían hemorragias (números 2, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16). Todas los han visto desaparecer (á excepción del n.° 10 que ha sido cuidada poco tiempo).

Entre algunas de ellas (los números 3, 6, 8, 12, 15); ha bastado de 3 á 7 sesiones para concluir con la desaparición de las pérdidas. En las otras (los números 2, 5, 14, 15), las hemorragias han sido más rebeldes y han desaparecido definitivamente después de más de 10 sesiones.

En los números 1, 7, 9, 11, 13, poseedoras de tumores voluminosos, algunos enormes, se observa una segmentación

notable de la masa. Resulta una disminución del volumen total.

En los números 2 y 12, fibromas adherentes ó inmóviles, se movilizan y disminuyen.

El n.° 4 no siente ninguna mejoría. Es preciso notar que esta señorita no presentaba perturbaciones funcionales. Los tumores, muy duros quedaron así mismo.

El n.° 10 no mejoró tampoco, pues estuvo asistida ó cuidada siete veces solamente.

En todas estas enfermas, es preciso notar que las hemorragias desaparecen antes que el tumor haya disminuido de manera bien sensible. Lo mismo pasa con los dolores y, en suma, poco más ó menos con todos los fenómenos mórbidos, salvo á veces con los debidos á la compresión.

De los dos enfermos del Dr. Poisson, el número 1 ve desaparecer sus pérdidas casi á las 11 sesiones, sin que el tumor haya experimentado modificación notable. Sucede al número 2 un accidente notable, independiente del tratamiento, que todo lo ha interrumpido.

De los tres enfermos del Dr. Bernandeaux, en el número 1, los dolores y los fenómenos de compresión desaparecen en seguida, luego el tumor, de un considerable volúmen, se segmenta en dos.

En el número 2 el estado general, absolutamente malo, se suspende por de contado, luego las épocas se regularizan á continuación de una decena de sesiones, al fin el tumor se endurece mucho sin disminuir casi nada.

En el número 3 el tratamiento no ha sido soportado.

De las tres enfermas del Dr. Menager, en el número 1 y en el número 3, el tumor se pediculiza. En el número 2 los dolores desaparecen y el tumor disminuye tomando más consistencia.

Entre las enfermas de los Dres. Chenantais, Attimon y Cruget, se ve igualmente las pérdidas cesar y los tumores endurecer disminuyendo.

De las dos enfermas del Dr. Malherbe, en la primera, un

pequeño fibroma adherente endurece sin volverse móvil. En la segunda, un accidente interrumpe el tratamiento.

En fin, la Srita. S..., vista por el Dr. Guillemet, ve sus pérdidas y sus dolores desaparecer enseguida y su tumor disminuir de una manera excesiva.

En suma, los efectos del tratamiento se suceden generalmente en el orden siguiente:

1.° Las hemorragias, después de haber presentado alguna vez, un aumento pasajero, desaparecen en un intervalo de tiempo variable, pero que puede ser muy corto. Sábese que su frecuencia va en razón inversa del volúmen de los fibromas;

2.° Los dolores, los disturbios funcionales, se enmiendan al instante. Estos fenómenos no se hallan generalmente en relación con el volumen del tumor; relaciónanse màs pronto con la existencia de la zona inflamatoria más ó menos aparente que envuelve á menudo estas producciones;

3.° En fin la masa disminuye, pero en esta disminución, importa distinguir cuidadosamente dos fases:

A.—La zona inflamatoria de la que acabo de hablar, después de haberse algunas veces momentáneamente congestionado, se reduce. El fibroma, mejor desvanecido, parece más pequeño y duro, pero su retractación no es más que aparente.

Es en este período cuando se observa la disminución de los dolores, el mejoramiento del estado general y la extinción de las homorragias, cuando estas no han desaparecido desde las primeres sesiones.

La gravedad momentánea de todos los síntomas que se ven á veces al empezar el tratamiento, dependen generalmente de la congestión de la zona inflamatoria.

B.—El fibroma, en fin, se retracta por sí mismo, pero este resultado está lejos de ser constante y no se produce sino después de la mejoría de los síntomas obtenidos y si se continua el tratamiento un espacio de tiempo suficientemente largo.

La corriente eléctrica, se vé, tiene mucha más influencia so-

bre los productos de inflamación que envuelven el fibroma mismo. En ocho de las enfermas citadas en las observaciones precedentes, hánse visto gruesas masas, apareciendo homogéneas á primera vista, segmentarse en un número variable de fragmentos; es que se trataba en realidad, de varios fibromas soldados por un verdadero collar inflamatorio y volviendo á libertarse después de resolverse éste; en las otras dos la movilización de tumores adherentes se ha hecho por igual mecanismo.

Consultando no solo las observaciones citadas precedentemente, sino que también otras que he efectuado en mi clientela me veo dispuesto á acordar grande importancia á la metritis desarrollada al rededor del fibroma, y considerar á este como casi indiferente cuando está desnudo de toda zona inflamatoria.

Bajo el punto de vista clínico, me veo conducido á distinguir dos clases de estas producciones: las más tolerantes, no habiendo producido inflamación periférica y no causando á menudo ninguna molestia, las otras intolerantes envueltas de una zona inflamatoria, y acreditando su presencia por sin número de accidentes. ¿No es acaso lo mismo, lo que sucede con otra clase de afecciones?

Algunas veces, pero raramente, el tratamiento es seguido al cabo de algunos meses, de una atresia de un punto cualquiera del canal cervical ó también de la cavidad uterina. Esta estrechez cede fácilmente á una dilatación gradual, y no ofrece ninguna gravedad. Es conveniente, sin embargo, á propósito de prevenir á las enfermas de la posibilidad de esta complicación y de obligarlas á buscar un médico, si la salida de la sangre menstrual produjera dolores.

Tales son los resultados ulteriores de la electrolisis intrauterina. Durante la sesión misma, se observa los fenómenos locales siguientes:

a.—Al principio, durante lo que se podría llamar el período de ascensión gradual de la corriente, se vé en ocasiones una contracción en masa del útero y de los tumores. Contracción

lenta y muy sensible al tacto. Este fenómeno se ha mostrado con la mayor evidencia en tres de mis enfermas y ha reaparecido en cada sesión.

b.—Después, se comprueba una congestión de todos los órganos que aumentan claramente el volúmen. El cuello es turgescente. Esta congestión es casi constante y persiste generalmente algunas horas.

Es acompañada á menudo de cólicos, debidos evidentemente á contracciones lentas y parciales del útero no perceptibles á la mano.

c.—Al fin de la sesión, durante el período de descenso de la corriente, he comprobado algunas veces una contracción parecida á la del principio, pero mucho más débil.

Acabo de enumerar los principales fenómenos inmediatos ó lejanos que resultan de la electrolisis intra-uterina. Creo, ahora, que es muy fácil de probar que esta sucesión de fenómenos dimana necesariamente del paso de una corriente galvánica á traves de las paredes uterinas. Es preciso recordar en algunas palabras la técnica operatoria del procedimiento de Apostoli que poseo, hasta ahora, suponiéndola conocida. Y se compone:

1.° De una espiga de platino introducida en la cavidad uterina y puesta en comunicación, lo más comunmente, con el polo positivo de una batería galvánica; una vaina aisladora protege á la vagina;

2.° De una ancha placa de tierra de arcilla aplicada sobre las paredes abdominales y comunicando con el polo negativo de la misma pila. Estos dos electrodos puestos en su lugar, se hace pasar sin sacudidas, una corriente bastante enérgica de 100,200 y hasta de 250 miliamperes.

Esto sentado, tengo necesidad de entrar en algunas consideraciones que parecerán quizás un tanto áridas.

La espiga de platino, los órganos interpuestos y la placa de tierra de arcilla forman la sola porción del circuito axterior de

la pila que sea útil examinar. Ese segmento de circuito es muy complejo. De la espiga de platino; hecho de un cuerpo muy buen conductor y que, en razon de su diámetro, puede ser considerado como no presentando ninguna resistencia eléctrica pasamos á los órganos vivientes (no consideramos que al útero y el fibroma) ofreciendo al paso de la corriente una resistencia infinitamente más considerable, pero también una sección infinitamente mayor; desde ahí, á una ancha placa de tierra de arcilla cuya resistencia no debe ser diferente á la de la piel.

Bajo el punto de vista de la intensidad de la corriente, este conductor complejo puede ser reemplazado por un conductor ideal, sencillo y presentando la misma resistencia total. Pero no es lo mismo bajo el punto de vista de la densidad de la corriente, de sus efectos caloríficos y de sus resultados químicos.

A.—Densidad.—*Para una misma corriente la densidad varía en razón inversa de la sección del conductor.*

De ahí se sigue que la densidad será mucho menor en la placa de tierra de arcilla y sobre todo en el útero y en el tumor que en la espiga de platino.

B.—Efectos caloríficos.—*El trabajo calorífico es proporcional á la resistencia de la porción de conductor considerado y al cuadrado de la intensidad.*

Retengamos solamente que es proporcional á la resistencia de la porción del conductor considerado, sin ocuparnos de la intensidad, lo cual nos conduciría á consideraciones demasiado largas y deduciremos fácilmente que la producción del calor, ninguna en la espiga de platino, se producirá algo en el útero y en la masa mórbida, pero que su máximo tendrá lugar en las paredes uterinas en contacto con el histerómetro.

C.—Efectos químicos.—*La cantidad de la electrolisis descompuesta en un cuerpo descomponible, durante algún tiempo determinado, es proporcional á la cantidad de electricidad que la atraviesa durante este tiempo.* Si se electroliza cloruro de cobre, por ejemplo, el metal se depositará en el polo negativo y el cloruro

en el polo positivo. La descomposición es visible solamente al contato de los electrodos, *pero no hay que creer que se opera solamente en estos dos puntos.*

Toda la masa está descompuesta. Se efectúa de molécula en molécula una descomposición, luego una recomposición, hasta que al fin el cloruro de la última se encuentra en libertad en el polo positivo.

La porción de tejido intercalado entre el histerómetro y la placa es la única parte descomponible en el circuito que nos ocupa, de ahí, naturalmente, se producirán los efectos químicos.

Actos análogos á los que acabo de enumerar se producen, en efecto, cuando una corriente demasiado enérgica obra sobre los tejidos en el estado fisiológico ó en el estado patológico; siempre existen, en tal caso, las acciones secundarias á los dos polos, é independientemente de la acción propia de la corriente que atraviesa los tejidos, suceden acciones químicas en los sitios por donde entra y sale la corriente, y sobre todos los puntos por donde haya una variación brusca de resistencia. En suma, hay afluencia de compuestos ácidos en el polo positivo, y compuestos alcalinos en el polo negativo.

Pero es preciso recordar que el fenómeno, aparente solamente en los polos, pásase también *á la intimidad de los tejidos,* y que cada molécula se encuentra descompuesta á su turno, lo que produce una acción profunda que no aparece sin ejercer una perturbación notable sobre las funciones fisiológicas de los tejidos electrizados. Esta acción debe ser tanto más enérgica como que los líquidos interesados por este fenómeno de electrolisis son de naturaleza compleja y que, por consecuencia, existe una acción química igualmente compleja, cuyo resultado es el de llevar nuevas combinaciones fuera de lo que sucede en la acción de los fenómenos de nutrición simple.

Para mayor sencillez, he considerado desde luego, en los tejidos como segmento simple del circuito; en realidad no es así; del histerómetro parten una cantidad numerosa de conducto-

res derivados, de resistencias varias, que acuden lanzándose en los puntos de la capa de tierra de arcilla y que se puede comparar á los chorros múltiples que salieran del extremo de una regadera. Las corrientes que las recorren son de intensiead variable en virtud de la ley: *Las intensidades de las corrientes en dos conductores derivados se hallan inversamente proporcionales* á su resistencias.»

Así pues el fibroma de tejido denso relativamente homogéneo, ofrece sin duda (aunque el experimento directo no haya sido hecho), diferente resistencia á la corriente que el tejido uterino, tan comun en estas circunstancias, repleto de líquidos buenos conductores. La intensidad de las corrientes atravesando el fibroma será pues menos que la de las corrientes pasando á través de las paredes uterinas y la zona inflamatoria circunvecina. Y si consideramos en el útero y en el fibroma conductores de sección igual: como la intensidad no es más que cantidad de electricidad que pasa á través de una sección del conductor, durante la unidad de tiempo, es fácil ver según la ley de Faraday, ya citada, sobre la electrolisis, que las acciones químicas íntimas serán menos enérgicas en el fibroma mismo que en otros tejidos.

Existen todavía otros efectos debidos al paso de la corriente. Cuando un cuerpo conductor cualquiera se intercala en el circuito de una corriente, la abertura, la clausura de este, así como cada variación de la intensidad, determinan en el cuerpo la formación de corrientes inductoras, de donde se producen contracciones más ó menos enérgicas de las fibras musculares lisas tan abundantes en los órganos y en los tumores que nos ocupan.

Hé aquí, á grandes rasgos, los fenómenos más conocidos que tienen lugar en el útero considerado como conductor, pero no es solamente como conductores que es preciso alinear los tejidos intercalados; es también como tejidos vivientes y, como tales, deben sentir numerosas modificaciones. Los electrodos en

el método de Apostoli, se hallan igualmente dispuestos de tal modo que los efectos útiles á la terapéutica se conservan y los otros, suprimidos, ó al menos distiminuidos.

Al rededor de la espiga de platino que representa generalmente el polo positivo, existe considerable afluencia de compuestos ácidos puestos en libertad y que vienen por su acción química: de lo que resultan, modificaciones de tejidos, producción de una escara positiva seca y resistente, presentando los caracteres de las escaras que producen ácidos.

Al rededor del polo negativo, existe una afluencia de compuestos alcalinos que debieran ser seguidos de la producción de una escara negativa, blanda y difluente, parecida á las que dan directamente los alcalis, pero, gracias á la extensión de la capa de tierra arcillosa y la resistencia poco diferente de la de los tejidos cutáneos húmedos, este efecto se halla muy atenuado y apenas si se nota un poco de rubefacción de la piel, después del pasage de corrientes muy enérgicas. Puédese, bajo el punto de vista médico, nombrar al polo situado en la cavidad uterina polo activo, y al otro polo indiferente.

Al principio de la sesión, las variaciones ascendentes de la intensidad atraen corrientes inductoras, de donde se producen las contracciones de las fibras lisas del útero y del tumor.

Así se explica la retracción en masa de estos tejidos, que á veces es muy aparente y de los que ya he hablado; luego la corriente vuélvese intensa y queda constante. Veamos lo que sucede en la cavidad uterina y en los cuerpos intercalados.

A.—Mucosa uterina.—Fórmase una escara positiva, seca y resistente. Es evidente que esta escara opone una barrera al derramamiento sanguíneo, de donde nace un efecto hemostático más ó menos instantáneo.

Mas tarde esta escara cae, pero cada sesión forma una nueva; resulta, al cabo de cierto número de meses una transformación de la mucosa uterina en un verdadaro tejido cicatricial retractible y poco permeable. Basta atenerse á las observacio-

nes para ver la concordancia que existe entre las consideraciones científicas y los hechos clínicos.

Aquí un paréntesis: la escara del polo negativo no puede, es verdad, servir de hemostático inmediato, pero el tejido cicatricial consecutivo sería el mismo que después de la escara positiva. En efecto, la cicatriz presenta siempre las mismas propiedades cualquiera que sea el agente que haya traido la mortificación del tejido.

Las estrecheces ulteriores se explican naturalmente así.

B.—Tejido uterino y fibromas.—El único efecto admisible en el estado actual de la ciencia, sin entrar en el dominio de la hipótesis, consiste en los fenómenos electrolíticos íntimos de que he hablado ya en esta descomposición y esta recomposición sucesivas de cada molécula cuyo efecto final es el transporte á cada polo, de cuerpos diferentes. Pero esta acción química debe ser poderosa; nada impide el admitir que deje de ser la causa única de las modificaciones que tenderán á la curación y que no produzca, solo ella, este conjunto algo hipotético de fenómenos que Remak padre ha reunido bajo el nombre de «acción catalítica», es decir la estensión de los vasos sanguíneos y linfáticos, el aumento de la facultad de inhibición de los tejidos, las modificaciones del cambio molecular y de la nutrición, las de la disposición molecular de los tejidos, en fin el transporte mecánico de los líquidos de un polo al otro.

Ningún fenómeno de estos puede ser comprobado directamente, excepto la extensión de los vasos sanguíneos y probablemente también la de los vasos linfáticos. Esta extensión no cesa con la corriente como lo prueba la congestión que se produce durante la sesión y que no desaparece si no después de algunas horas ó un día. Acompáñase de una grande facilidad de circulación de la sangre y de la linfa y es seguida á su vez, de una retracción de los vasos: alternativa que repetida debe producir una irrigación poderosa y facilitar singularmente á la limpieza de las partes y su vuelta al estado normal.

Remak había justamente observado que podíase obtener efectos casi parecidos galvanizando los troncos nerviosos inervados por ellos. Esta catalisia indirecta háse convertido en una parte importante de la galvanización terapéutica; pero en el caso que nos ocupa la excitación de los nervios debe ser poca cosa junto á la acción local de todo punto poderosa de una corriente cuyo punto de partida esté situada en medio de los tejidos que se quieren atacar.

He enseñado precedentemente que los fenómenos electrolíticos moleculares deben ser más activos en el tejido uterino sobre todo en las partes llenas de líquidos que en la substancia misma del fibroide. Esta observación, apoyada sobre consideraciones físicas del todo, se halla muy en relación con la sucesión de los fenómenos clínicos que he señalado en las observaciones que preceden: resolución de los productos inflamatorios envolviendo el fibroma; mejoría general de los síntomas mórbidos; retracción mucho más tardía y no necesaria del fibroma.

Fuera de la zona envolviendo directamente la espiga de platino y en la cual, la producción del calórico está al máximum aunque quedando muy débil, es imposible apreciar la distribución de este agente en los tejidos. Por lo demás, su cometido debe ser nulo ó poco menos.

Terminaré pues las consideraciones ya demasiado extensas. No puedo, sin embargo, pasar en silencio algunas observaciones que acuden naturalmente al espíritu. Los efectos cáusticos y electrolíticos aumentan con la intensidad de la corriente. ¿Posee, así mismo, efectos curativos? ¿A qué dosis la corriente cesa de ser terapéutica y se vuelve peligrosa para las enfermas, sea produciendo muy profundas escaras, ya causando en la intimidad de los tejidos algunas brutales modificaciones con tendencias á juzgarse por la inflamación? No puedo equitativamente trazar esta cuestión. Siempre me he servido de corrientes de 100 á 120 miliamperes; los resultados habiendo sido favorables con tal dosis, he tenido por conveniente el no traspa-

sarla sino en ciertos casos rebeldes. Lo que puedo asegurar, es que con esta intensidad moderada y á condición de seguir las precauciones sobre las cuales tanto ha insistido el Dr. Apostoli, el tratamiento de los cuerpos fibrosos por la electrolisis intra-uterina operada sin violencia se halla fuera de peligro alguno. En cerca de mil ciento sesiones de electrolisis practicadas en noventa y siete pacientes, no he observado ningún accidente fuera del que he relatado en la enferma del Dr. Poisson.

Pero conviene decir que esta señora, imprudente, había salido, á pesar de mi prohibición, de mi casa inmediatamente después de la tercera sesión, y que había caminado sobre la nieve hasta su domicilio situado bastante lejos.

La tolerancia individual, es por lo demás, el verdadero barómetro que hay que consultar y como expresamente lo ha recomendado el doctor Apostoli, es necesario empezar siempre por las dósis débiles antes de llegar al máximum de la corriente que se quiere alcanzar y sobre todo, no obstinarse jamás. En cuanto á las cuestiones relacionadas con la duración del tratamiento, al número de sesiones que haya que hacer y al intervalo que los deba separar, los casos son muy variados para que sea posible el concretar en este asunto, ninguna regla precisa. En general, el tratamiento debe ser largo, durar algunos meses; las sesiones hastante separadas: una ó dos por semana. Acontece que la mejoría se hace más sensible algún tiempo después del tratamiento que durante la duración de éste. Una observación todavía para concluir: tanto cuanto se compruebe una hinchazon notable del tumor y del útero en el momento de las reglas, la enferma no se halla curada y debe temerse nuevas pérdidas. Yo ceso el tratamiento, comunmente, cuando se pasan uno ó dos períodos sin congestión anormal y cuando creo que el tumor se ha vuelto un simple cuerpo extraño tolerable.

P. S.—Entre los enfermos que asisto actualmente en mi gabinete de electroterapia del Hotel-Dieu, hay uno del que debo hablar.

Juana, 53 años, sala 21, cama n.º 12, me fué confiada el 27 Septiembre último. Presenta un tumor resistente, elástico, á la derecha de la línea media, remontándose cinco gruesos de dedos sobre el pubis. Útero poco móvil. El principio se remonta á siete ú ocho meses y el tumor crece rápidamente. Las reglas desaparecieron hace ocho años. Esta mujer se queja de dolores intolerables y contínuos en la fosa ilíaca derecha con irradiación en la fosa opuesta. El estado general es malo, el apetito y el sueño nulos. Las evacuaciones acintadas. El tratamiento empieza el 3 de Octubre viene á concluir el 10 de Noviembre. He podido practicar 11 *sesiones* de electrolisis, más juntas que de costumbre por consecuencia, y más enérgicas también (150 miliamperes). Luego de cierta reacción al principio con hinchazon del tumor, este ha disminuido y no pasa del pubis más que dos gruesos de dedo poco más ó menos, pero su consistencia no ha cambiado, al revés de lo que siempre tengo observado.

Esta mujer salió del hospital en un estado muy satisfactorio. Fué reconocida por el doctor de Larabrie, profesor suplente de cirugía, y luego por el Dr. Heurtaux.

DIVERSOS PROCEDIMIENTOS

PARA LA

AMPUTACIÓN DEL CUELLO DE LA MATRIZ

Anatómicamente considerado el cuello uterino, se compone de dos partes distintas; una superior, porción *supravaginal*, y otra inferior, porción *vaginal*, conocida también con la denominación de *hocico de tenca*.

La amputación del cuello uterino tiene por objeto extirpar una porción más ó menos considerable de la parte cónica de la matriz: frecuentemente, se suele amputar la porción vaginal del cuello. Esta operación requiere de parte del cirujano, gran habilidad y exacto conocimiento de las relaciones del útero con los órganos circunvecinos.

La amputación del cuello de la matriz se practicó por primera vez por Ambrosio Pareo (1), y más tarde por Lapeyrouse, en 1766.

Turner, en 1736, detalla la historia de una alienada que, afecta de prolapso del órgano generador, se amputó con una navaja el cuello uterino, que sobresalía de la vulva (2).

En 1801, Osiander la practicó en diversas ocasiones. Recamier, Robert y Lisfranc amputaron el hocico de tenca infinidad de veces, obteniendo casi siempre satisfactorio resultado; este último cirujano es el que mejor precisó entre sus contemporáneos, las reglas por las cuales debía verificarse la ablación del hocico de tenca.

Muchos son los cirujanos que en nuestra época han practicado esta delicada operación; entre ellos citaremos los señores Creus, Encinas, Gutierrez, Cardenal, Fargas en España; Péan, Verneuil, León Labbé, Gallard, en Francia; Byrne, Gaillard

(1) Œuvres d'Ambrosie Paré, lib. XXIV. pág. 1012.

(2) New York Med. Journ., vol. V, núm. 5.

Thomas en Nueva York; Robert, Barnes, Graily-Hewit, en Inglaterra; Kehrer y Spiegelberg, en Alemania.

MÉTODOS OPERATORIOS

Pasemos á examinar los diferentes procedimientos operatorios.

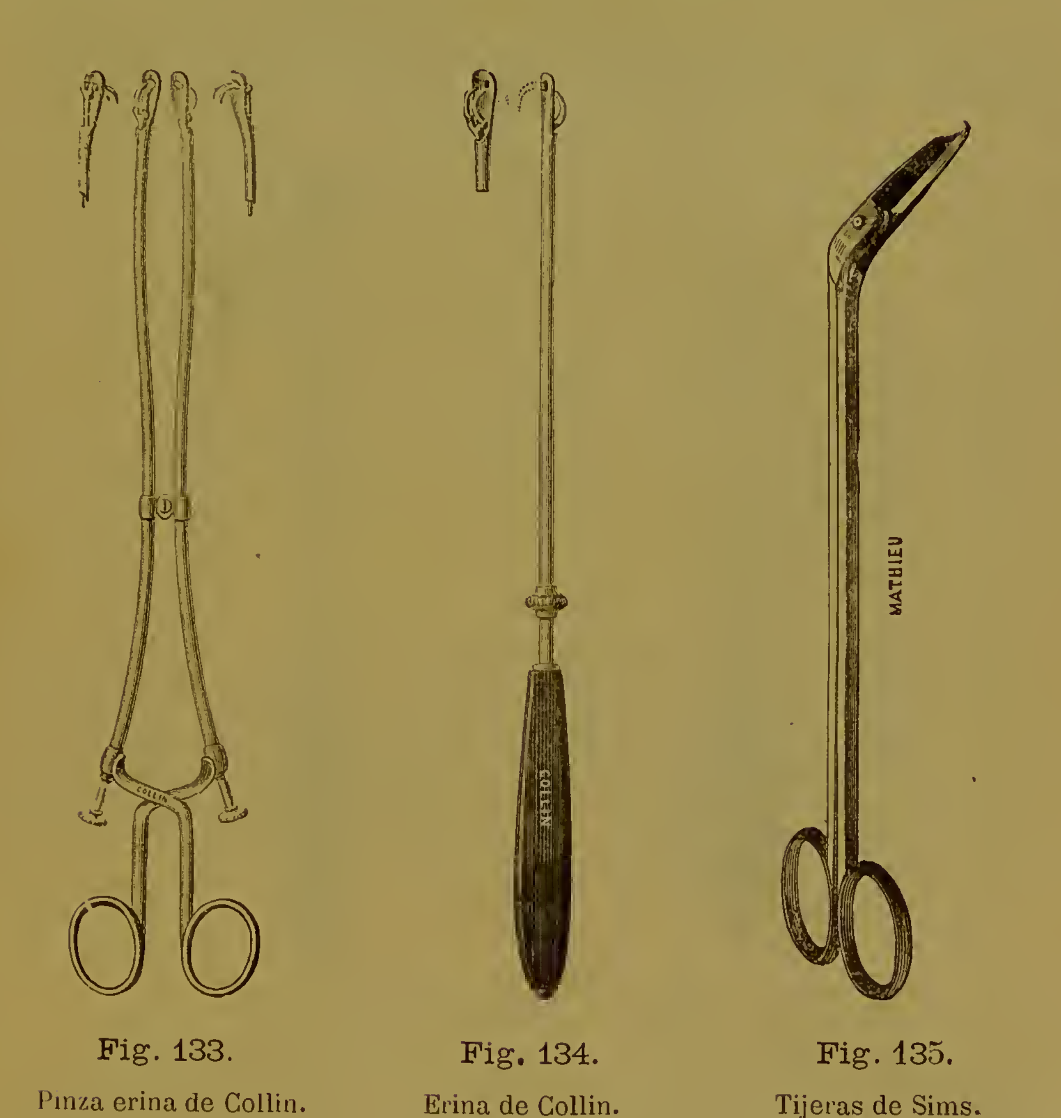


Fig. 133.
Pinza erina de Collin.

Fig. 134.
Erina de Collin.

Fig. 135.
Tijeras de Sims.

La operación puede practicarse:

1.º Por medio de tijeras, del bisturí ó del termo-cauterio.

2.º Por medio del magullador.

3.º Por medio del asa gálvano-cáustica.

1.° Amputación practicada con las tijeras, el bisturí, ó por medio del termo-cauterio.

A. *Amputación circular.*—Colocada la enferma en decúbito dorsal, se introducirán los dedos índice y medio de la mano izquierda en la vagina, hasta que se pongan en relación mediata con el cuello uterino; por entre dichos dedos se deslizará la pinza Collin, véase la figura 133, la cual se halla provista de

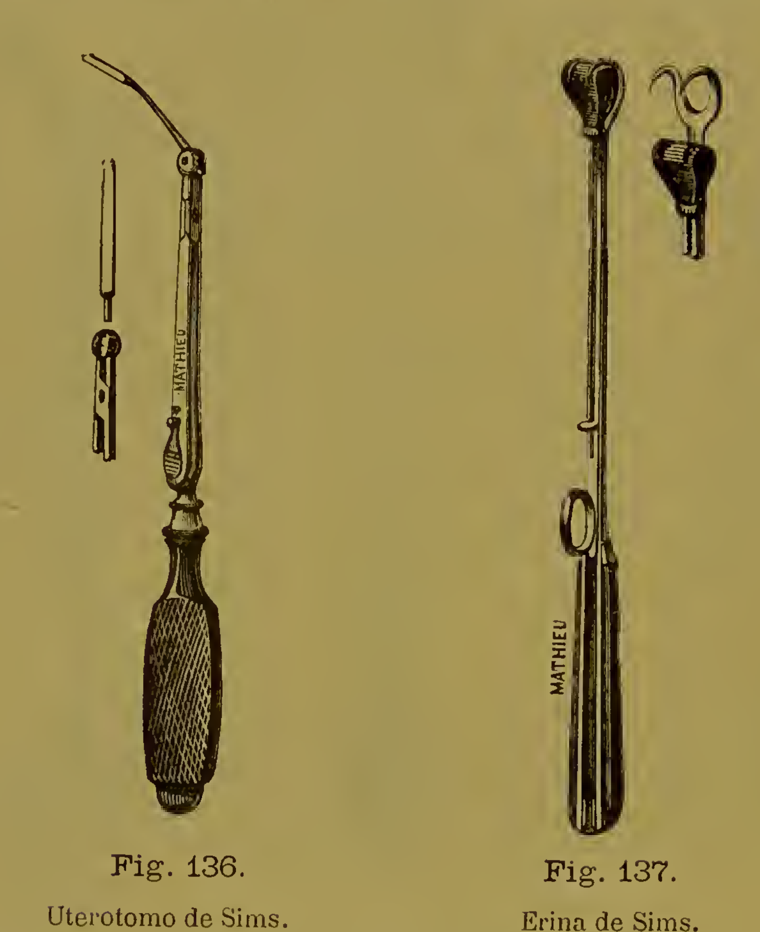
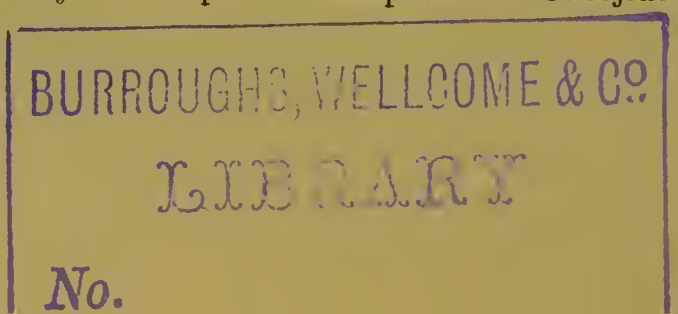


Fig. 136.
Uterotomo de Sims.

Fig. 137.
Erina de Sims.

erinas movibles, fijando con ella el útero. Introduciendo entonces las tijeras de Sims, nos serviremos de los mismos dedos, que permanecerán en la vagina para guiarla, y se practicará la ablación de ambos lados del hocico de tenca, por medio de cortes sucesivos.

Aconsejamos implantar las pinzas en el tejido uterino, por que



puede hallarse la matriz muy elevada, y convenir al práctico atraerla hácia la vulva. Si la operación se practica con el bisturí, es preciso que el cuello esté cercano de los órganos genitales externos, ya para mayor comodidad del ginecólogo, ya para poder cohibir la hemorragia que se presente, por medio de toques con el percloruro de hierro, ó bien cauterizando la superficie cruenta con el termo-cauterio.

El uterotomo de Sims tiene la ventaja, sobre los otros bisturís, de poder inclinar la hoja en diversos sentidos.

Algunos cirujanos recomiendan amputar el cuello uterino por medio de tijeras dentadas, con objeto de dividir los tejidos por magullamiento, evitando así que la hemorragia sea menos intensa.

a. *Procedimiento de Sims.* (1).—Acostada la enferma en decúbito lateral izquierdo, y convenientemente anestesiada, se aplica el espéculum Sims y se fija por medio de la erina doble, figura 137, el labio anterior del hocico de tenca, con objeto de atraer dicha región hacia la vulva, y se fija convenientemente. Practícase una incisión á cada lado del cuello hasta la inserción vaginal, y se amputa con rapidez la porción anterior y luego la posterior: atraviésase en seguida de delante atrás los bordes de la herida con cuatro suturas de plata, dos á cada lado del canal cervical; únense luego respectivamente los hilos de plata, y se recubre la herida con la mucosa vaginal, dejando una pequeña abertura oval que corresponde al orificio del canal cervical.

Al cabo de nueve días pueden retirarse los hilos de plata.

b. *Procedimiento de Hugier.* (2).—Este malogrado ginecólogo amputaba, además de la porción infravaginal del cuello uterino, cierta parte supravaginal.

Hé aquí como practicaba Hugier dicha operación: colocada la enferma en decúbito supino, en la misma posición clásica

(1) Notes cliniques de chirugie uterine, pág. 245, París, 1866.

(2) Huguier: Memoire sur les allonguements hypertrophyques du col de l'utérus, Paris, 1860.

que utilizamos para explorar el útero con el espéculum, fijaba sólidamente dicho órgano por medio de una pinza de garfios, é introducía un dedo en el recto para hacer más prominente el hocico de tenca. Guiándose entonces con el mencionado dedo para no lesionar el recto ni el fondo del saco peritoneal, muy bajo en muchas circunstancias, practica adelante de dicho dedo una incisión semilunar con la concavidad dirigida hacia adelante y arriba, que abarque la mitad superior del cuello uterino. La profundidad de esta incisión será de unos cuatro milímetros; luego, por medio de incisiones lentas y sucesivas, interesa todo el espesor del tejido uterino, dirigiendo el bisturí oblicuamente hacia la cavidad del cuello.

Terminada esta primera parte de la operación, introduce en la vejiga una sonda de hombre, procurando que la extremidad libre haga prominencia hacia la parte más declive de este órgano; practica después á un centímetro por debajo de la punta de la sonda, una incisión semilunar con cavidad posterior, procurando unir las extremidades con las de la incisión posterior. Separa luego, por medio de una disección esmerada, la vejiga del cuello en una extensión de unos cuatro centímetros, y corta oblícuamente el tejido uterino, dirigiéndose hacia el canal cervical, y concluye por unir la superficie de la incisión posterior.

El tejido, así extraído, tiene la forma de un cono, cuya base corresponde á la extremidad inferior del cuello.

Una vez terminada la operación, se reduce lo que sobra del tumor, se introduce una sonda en la vejiga, y se coloca una torunda de hilas en la vagina, la cual se sostiene con un vendaje en **T**.

Con objeto de evitar las inflamaciones consecutivas á la operación, Huguier recomendaba que en la víspera se friccionasen los muslos de la enferma, con pomada hidrargírica.

B. *Procedimiento por medio del magullador.*—Courty aconseja amputar el cuello uterino, con el magullador curvo de Chassaig-

nac, cuando el hocico de tenca es muy voluminoso y está surcado por gruesas arterias, cuyas pulsaciones se notan. Es también útil el procedimiento que emplea el magullador, siempre y cuando la enferma sea de naturaleza delicada, cual sucede con

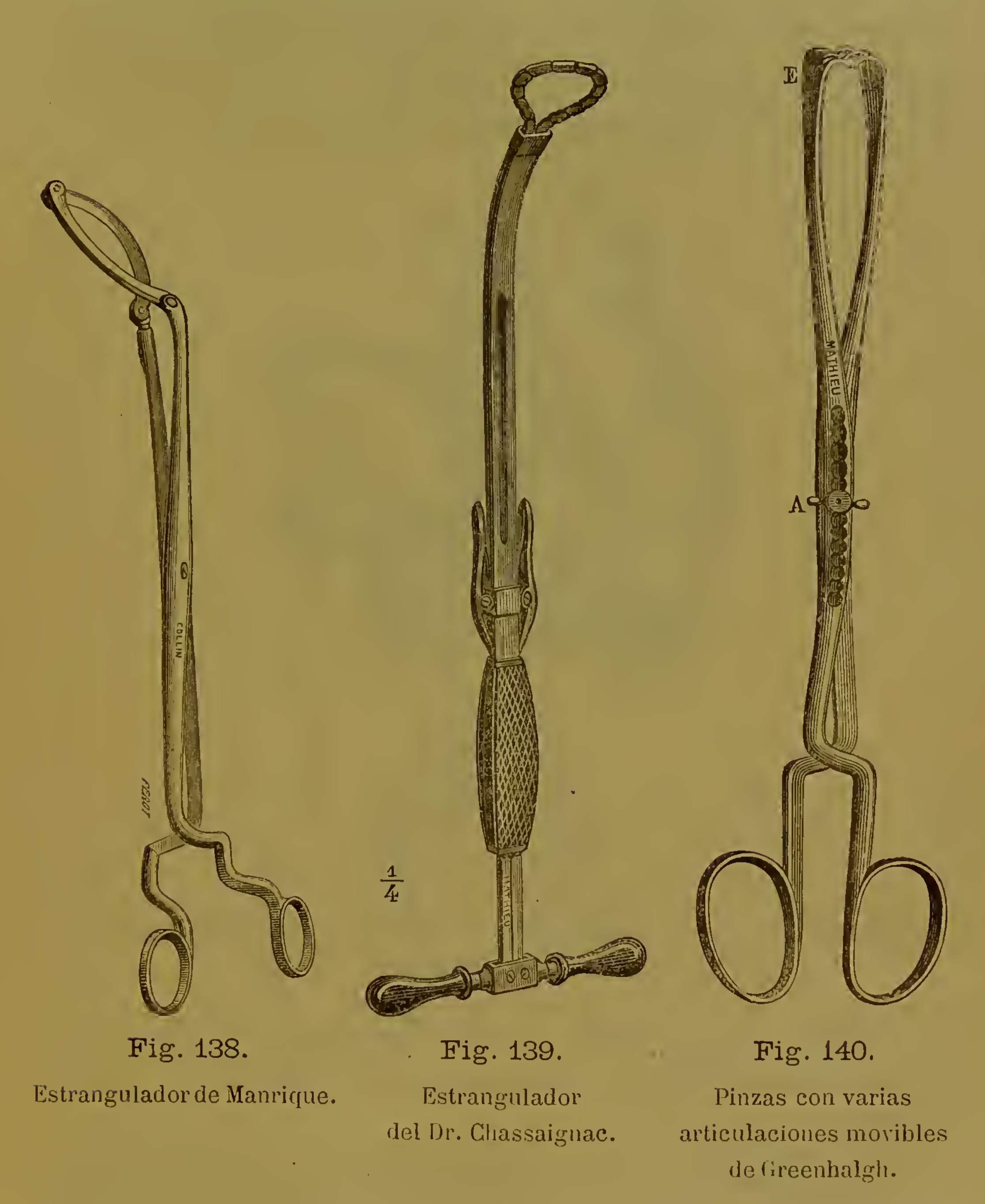


Fig. 138.
Estrangulador de Manrique.

Fig. 139.
Estrangulador del Dr. Chassaignac.

Fig. 140.
Pinzas con varias articulaciones movibles de Greenhalgh.

las anémicas, para no exponerlas á las consecuencias fatales de una hemorragia.

Este procedimiento operatorio ofrece dos inconvenientes, cuales son: en primer lugar, emplear la operación bastante

tiempo, á la par que es muy dolorosa á causa de la estrangulación sucesiva de los tejidos; y en segundo término, la dificultad en colocar convenientemente la cadena sobre el hocico de tenca, para no interesar las paredes vaginales ó la misma vejiga.

La amputación del cuello uterino puede practicarse también con el magullador de Manrique (fig. 138), pero damos nuestra preferencia al de Desprez ó bien al de Chassaignac.

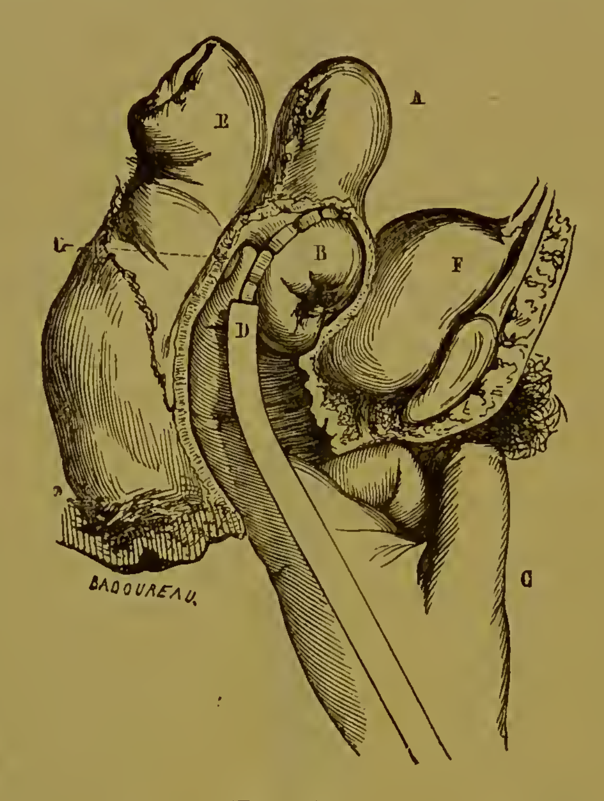


Fig. 141.

Amputación de la porción vaginal del cuello uterino por medio del magullador de Chassaignac (Courty).

El tratamiento consecutivo se reduce á introducir una torunda de hilas ó de algodón empapada en glicerina fenicada y aplicar un vendaje en T.

C. *Procedimiento por el asa galvánica.—Procedimiento de Leblond.*—Nuestro apreciado compañero y amigo M. Leblond (1), ha dado á conocer un procedimiento cómodo para amputar el

---

(1) *Anales de Gynécologie*, Janvier, 1878, et *Traité de chirurgie gynécologique.*

cuello uterino por medio del asa galvánica. Dicho ilustrado práctico ha propuesto utilizar el espéculum de Ricord, provistas sus valvas de un hilo de platino (véase el grabado 142).

Hé aquí cómo describe Leblond su método.

Primer tiempo (aplicación del espéculum).—Colocada la enferma en la posición clásica para el examen con el espéculum, se introduce éste, procurando abarcar bien entre sus valvas el

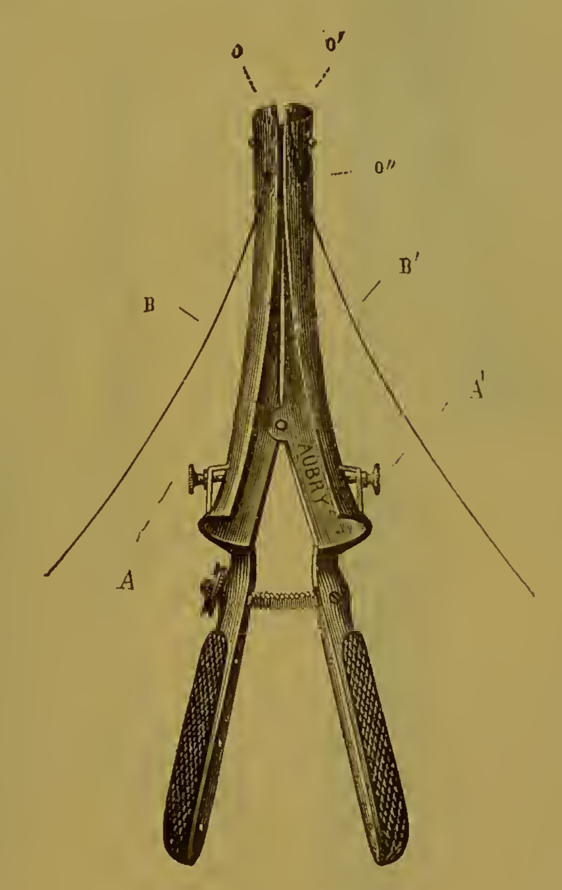


Fig. 142.

Especulum de Ricord provisto del hilo de platino. *AA'*, botones destinados á mover la placa que sostiene el hilo en la extremidad del especulum. *BB'*, hilo de platino formando un asa en O''. *OO'*, extremidad uterina del especulum.

hocico de tenca; entonces, con ayuda de un gancho especial (véase el grabado 144), se colocará el hilo de platino hácia la base del cuello de la matriz.

Hecho esto se introducen las pinzas representadas en la figura 145, y haciendo presa del cuello uterino, se atrae éste cuanto se pueda, hácia la vulva (véase el grabado 146).

Segundo tiempo (desprendimiento del hilo de platino.—Cuando el cuello se halla abarcado por las valvas, se hacen corres-

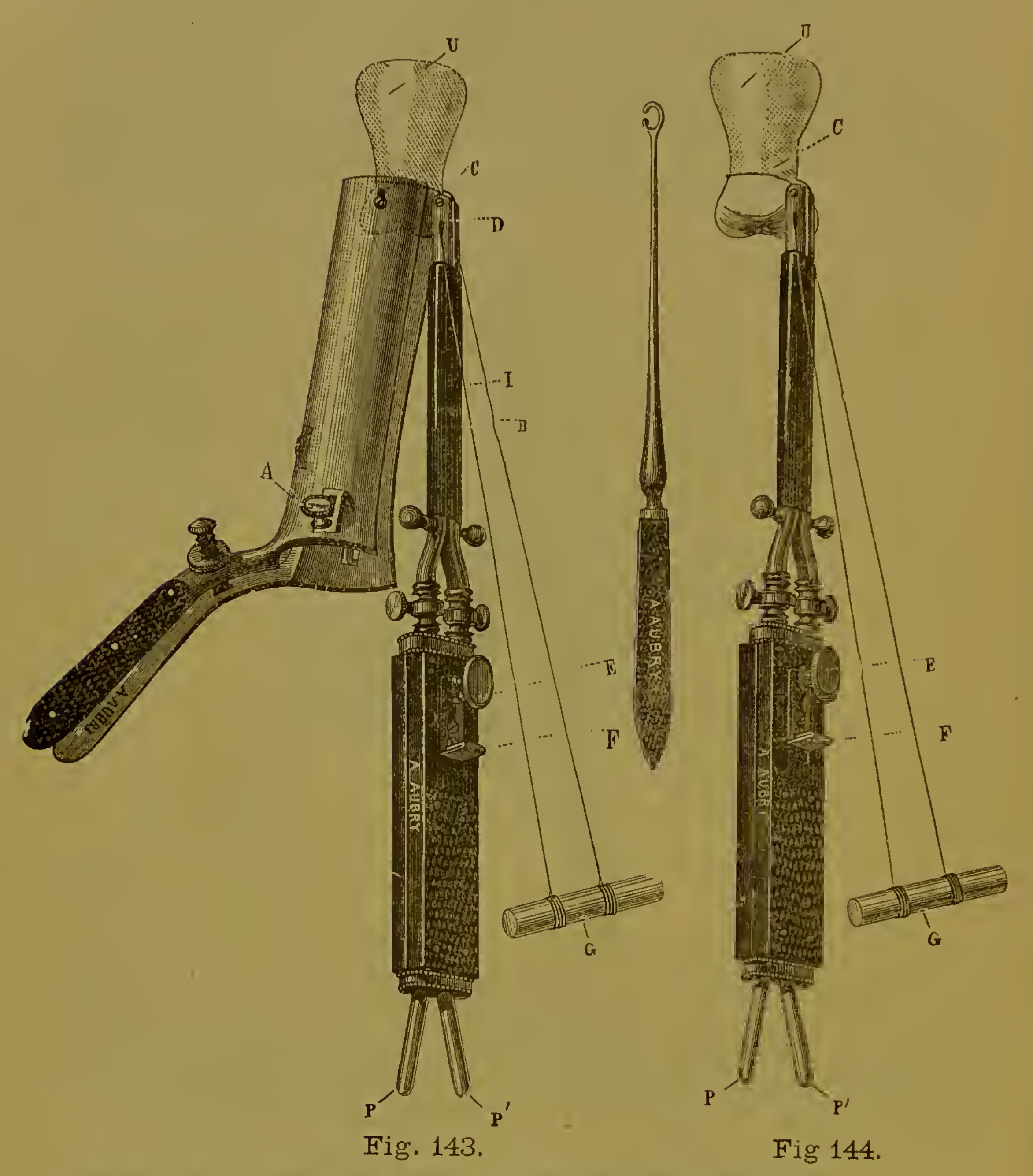


Fig. 143. Fig 144.

Desprendimiento del hilo de platino. *A*, botón destinado á desprender el hilo de platino. *B*, hilo de platino. *C*, asa en el momento que abarca el cuello uterino. *E*, recorte para hacer pasar la corriente. *PP*, extremidad de las espigas en las que se adaptan los reóforos.

ponder dos extremidades del hilo de platino con las del gálvano-cauterio, y gracias á las tracciones practicadas con el man-

go G (fig. 143), el asa galvánica se pone en relación directa sobre el tejido uterino; haciendo funcionar los tornillos A del espéculum (véase el grabado 143), se desprende fácilmente el asa.

Tercer tiempo (ablación del cuello).—Una vez introducido el dedo para explorar si el hilo de platino se halla bien adaptado sobre el hocico de tenca, se practica la sección, haciendo in-

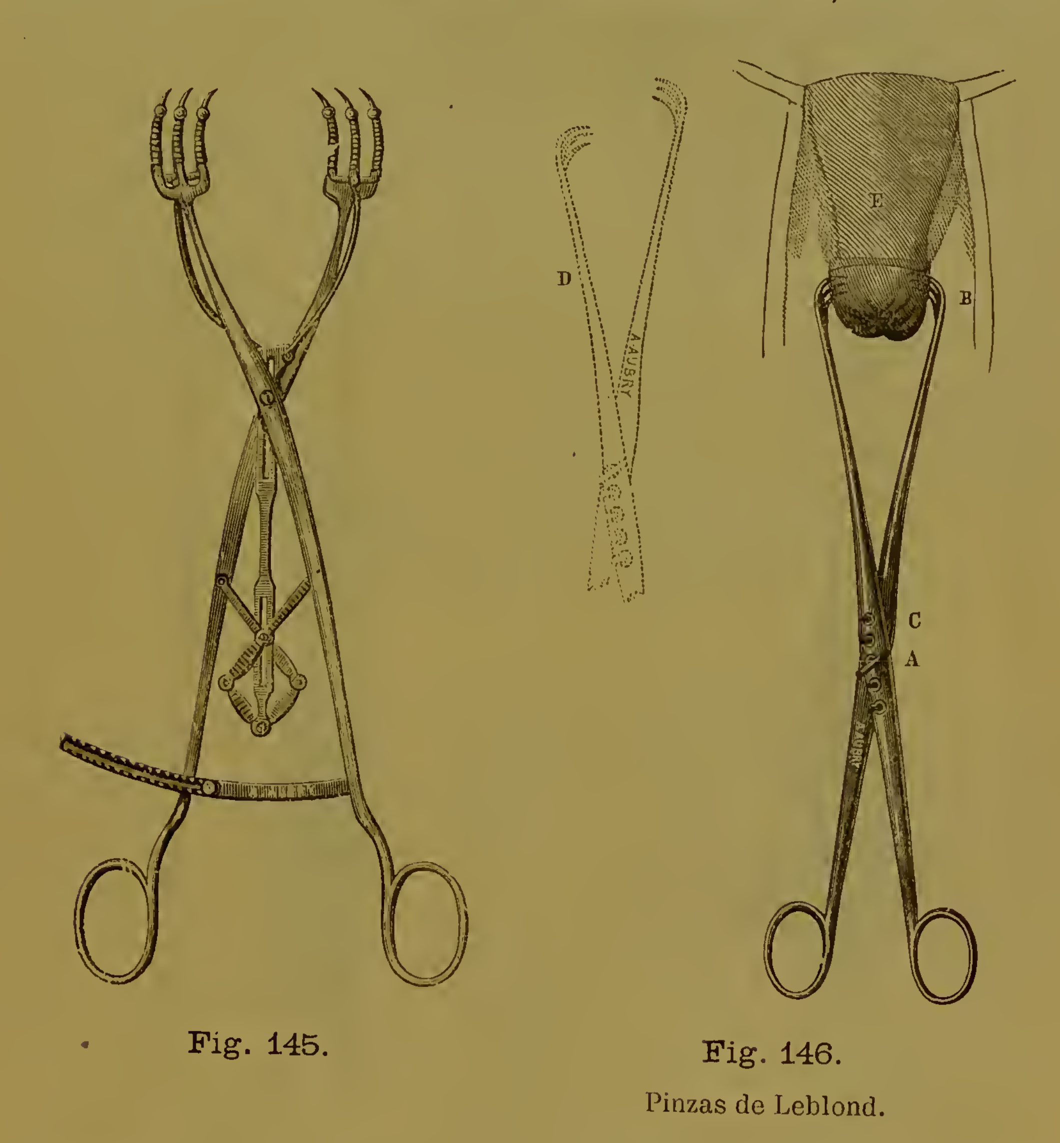


Fig. 145.

Fig. 146.
Pinzas de Leblond.

candescer el asa galvánica. La operación se practicará lentamente para que el asa no se rompa.

La amputación, llevada á efecto con el auxilio del espéculum porta-hilo, presenta alguna vez dificultades, que dependen:

1.° De la exagerada cantidad de sangre que se derrama en el momento en que se va á explorar el cuello.

2.° Del gran volumen de éste, que en ciertos casos no está en relación con las dimensiones del espéculum.

3.° De la blandura del tejido, que permite que se deslice el hilo, cuando el espéculum está elevado.

Los casos más favorables para la amputación por medio del

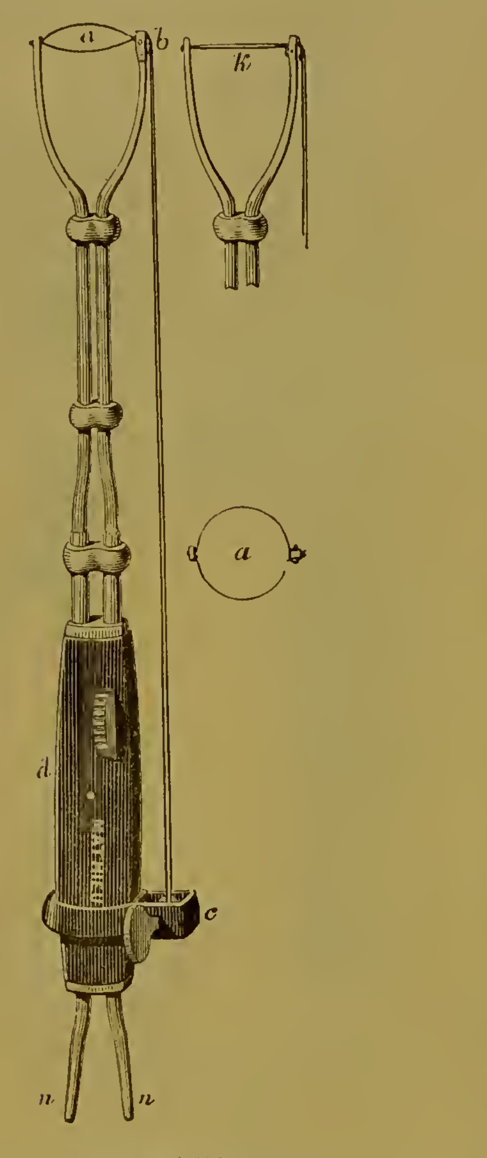


Fig. 147.

Gálvano-cauterio del Dr. Cheron.

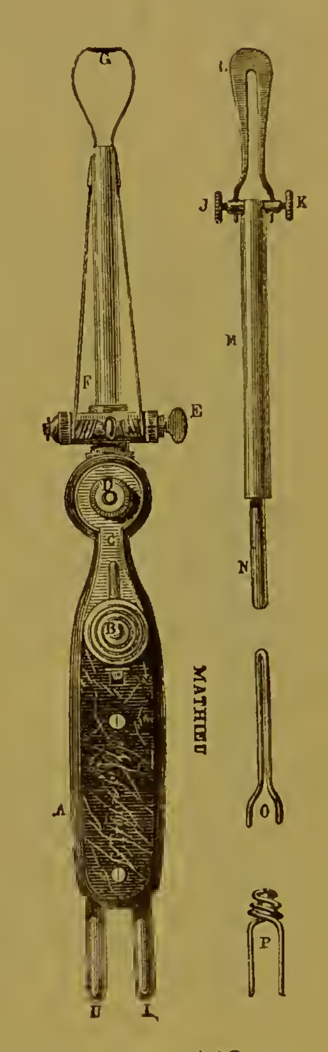


Fig. 148.

Gálvano-cauterio de Trouvé.

espéculum porta-hilo, son, pues, aquellos en que el cuello no está demasiado aumentado de volumen, teniendo aun cierto grado de consistencia, y presenta la forma de un badajo de campana.

Para los casos en que no es aplicable el ingenioso procedimiento de Leblond, este ilustrado ginecólogo ha hecho construir una pinza de Musseux de seis ganchos y de variable articulación, que permite cojer el cuello de una manera asimétrica, como se necesita en los casos en que la degeneración ocupa un punto más elevado de un lado que de otro. La pinza presenta cinco articulaciones análogas á las del forceps, y puede aplicarse como la pinza ordinaria de Musseux, ó, por el contrario, por la implantación aislada de cada rama sobre los diferentes puntos del cuello; la articulación de las ramas se hace entonces á lo último.

El asa metálica se pasa en seguida al rededor de las ramas de las pinzas, pudiendo practicarse la torsión por el método ordinario; si se deja colocada la pinza, sólo servirá para facilitar la operación, y, evitar así que se deslice el hilo; no obstante, si la ablación se practica con el hilo galvánico, se retirará la pinza una vez colocada el asa, para evitar los contactos que podrían establecerse con el hilo de platino, impidiéndola enrojecer.

Procedimiento de Cheron.—El señor Cheron ha añadido al gálvano-cauterio ordinario una pieza especial para la amputación del cuello: se compone de una doble rama, cuya extremidad se separa entre sí y sostienen los dos cabos de un hilo doble de platino, que por su separación forman un asa destinada á abrazar el cuello. Los dos cabos del hilo de platino (véase el grabado 147) se reflejan en seguida para recorrer el mango y venir á arrollarse sobre una varilla, que puede quitarse á voluntad cuando se hace uso del instrumento armado de cuchillos, etc., etc. El cirujano hace girar la varilla y aproxima los dos cabos del hilo de platino, que se ponen mútuamente en contacto y dividen el cuello como las hojas de una tijera. La amputación puede practicarse fácilmente con este aparato cuando el cuello no ha adquirido dimensiones demasiado considerables.

En mi clínica particular he amputado diversos cuellos uterinos, valiéndome del asa galvánica enrojecida con la *pila de manubrio* de Trouvé.

El líquido que mantiene dicha pila, es una solución concentrada de bicromato de potasa; con la disposición especial dada por Trouvé á su pila, ha aumentado la duración é intensidad de producción.

Compónese de una caja de madera, la cual contiene á su vez seis cubetas de ebonita; cada una de éstas se halla en relación con un elemento formado de una lámina de zinc y dos de carbón; estas últimas están cubiertas en su parte superior de una capa de cobre incrustada por la vía galvánica, y presentan una abertura circular para dar paso á una barrita, que sirve para unir entre sí los elementos. El objeto del cobre es consolidar los carbones y disminuir al mismo tiempo la resistencia del circuito exterior de la pila, aumentando á su vez la conductibilidad del carbón.

Las placas de zinc amalgamado están provistas, en su parte superior, de una escotadura para alojar un eje metálico recubierto de cauchuc, el cual fija sólidamente todo el sistema, y permite separar con facilidad los zincs, sea para amalgamarlos, sea con otro objeto.

Cracias al manubrio sostenido por dos montantes colocados á los extremos del aparato, pueden sumergirse á voluntad los elementos en el líquido excitador y variar rápidamente la producción del flúido eléctrico. Para cargar la pila, se echarán en un litro de agua, de 150 á 250 gramos de bicromato de potasa, reducido á polvo, se agita y luego se vierten paulatinamente unos 480 gramos de ácido sulfúrico.

El hilo galvánico que más he usado es el qué representa el grabado 148, habiendo reconocido prácticamente que el recomendado por mi ilustrado comprofesor señor Cheron, presenta mayores ventajas.

EXTIRPACIÓN DE LOS PÓLIPOS UTERINOS

Los dos principales elementos que favorecen la extirpación de los pólipos uterinos por los procedimientos quirúrgicos, son los siguientes:

1.° El grado de proyección del tumor hacia la cavidad uterina.

2.° El grado de dilatación del canal cervical.

Cuando se trata de practicar una operación para combatir la marcha ascendente de un histeroma, veremos si realmente dicho neoplasma se halla al alcance de los instrumentos.

El examen vaginal nos esclarecerá suficientemente sobre este punto; sin embargo, existen casos en que no es posible convencerse de la existencia real de un pólipo, ya por hallarse situado en el segmento superior del útero, ya por estar ocluído su orificio cervical. En este caso emplearíamos los diversos medios de dilatación que precedentemente hemos indicado.

Cuando el pólipo es voluminoso y sólo puede atravesar el orificio uterino con grande esfuerzo, Poivin y Dugés recomiendan la pomada de belladona sobre el cuello uterino, y Dupuytren aconseja practicar varias incisiones sobre el cuello. Una vez obtenida la dilatación conveniente del cuello, aplicaremos unas largas pinzas sobre el neoplasma, atrayéndole así hacia la vulva, para practicar con mayor facilidad la operación que convenga.

J. Lee (de New-York) es el primero que ha hendido el cuello uterino y aplicado una ligadura sobre el cuello (1855).

Si el pólipo se halla al alcance de los instrumentos, el cirujano no dudará un instante para practicar su extirpación, pues este es el único medio que puede salvar á la enferma.

Tres son los procedimientos operatorios que generalmente se siguen para la extirpación de estos neoplasmas:

1.° Torsión.

2.° Ligadura.

3.° Escisión.

Siebold añade un cuarto procedimiento, al que atribuye gran éxito, el cual es el cauterio actual.

De todos estos procedimientos, el de la ligadura es el que se ha empleado con mayor frecuencia, y el que realmente expone menos á las enfermas.

I. *Ablación por torsión.*—Este procedimiento no es seguido hoy día, sobre todo, cuando el práctico tiene que ejecutarlo sobre un pedículo grueso y que se halla en continuidad directa con el tejido uterino. En efecto, la torsión puede llegar hasta las mismas paredes de la matriz, provocando así grietas y roturas de esta pared; verdad es que se ha aconsejado que se fije el pedículo con fuertes piezas para evitar que la torsión vaya más allá del punto en que el pedículo se haya comprimido, pero también diremos que la aplicación de dichas tenacillas es en algunas ocasiones difícil.

II. *Ablación por ligadura.*—Este procedimiento ha sido considerado como el mejor por prácticos eminentes. La ventaja que sobre los otros tiene es la de no presentar hemorragia por verificarse la sección del pedículo paulatinamente. Existen, sin embargo, varios inconvenientes para la aplicación de la ligadura; algunas veces el pedículo no puede aislarse.

La explicación que sobre la ligadura de los neoplasmas podemos dar es la siguiente: al apretar paulatinamente el pedículo, la circulación del neoplasma se interrumpe y su vitalidad queda por lo tanto destruída; y siguiendo la ley bien conocida de la naturaleza, de que las partes mortificadas tienden á separarse de las vivas, tendremos una explicación concluyente.

Para practicar la ligadura de los pólipos se emplean generalmente varios procedimientos; entre ellos encontramos el aparato de Levret, el cual es muy conocido de todos los ginecólogos; la cánula del Dr. Péan y otros varios.

Este aparato, fig. 149, se compone do dos cánulas, unidas entre sí, de unos 20 centímetros de largo, algo curvas y abiertas en las dos extremidades.

Para hacerlas funcionar aplicaremos alrededor del pedículo un bramante de látigo, cuyos dos extremos colgarán al exterior. Pasaremos las dos extremidades del bramante por la parte superior del instrumento A, gracias á un flexible estilete, y arrollándolos en la ruesca C, lo haremos funcionar dando vueltas á la llave D. Claro está que á medida que el aparato funciona, este se irá redncíendo en la vagina hasta ponerse en relación con el pedículo.



Fig. 149

Cánula del Dr. Péan para practicar la ligadura progresiva de los tumores del útero.

El aparato permanecerá algunas horas colocado: cada diez ó quince minutos se hará funcionar la llave D con objeto de ir limitando la sección del pedículo.

Mientras permanece aplicado el instrumento, la enferma debe guardar un decúbito dorsal ó lateral, y el deber del médico se reduce entonces á separar por medio de inyecciones tibias las materias segregadas y los detritus que se acumulan en la vagina ó en la misma matriz. Si la secreción es muy abundante, alterada y fétida, se emplearán las inyecciones fenicadas.

El tiempo necesario para la división completa del pedículo varía, según su espesor y consistencia, de doce horas á cinco ó seis días.

III. *Ablación por escisión.*—La sección del pedículo que constituye el método de escisión de los pólipos se practica generalmente con el bisturí ó con las tijeras. Practícase ésta ya de un sólo golpe, ya por pequeñas secciones repetidas, acompañadas de pequeños movimientos de torsión, según algunos cirujanos; sea cual fuere el medio empleado para seccionar el pedículo, esta sección puede ofrecernos grandes dificultades según la naturaleza y disposición del pólipo. Cuando el volumen de este es mediano y se halla alojado en la vagina, si su

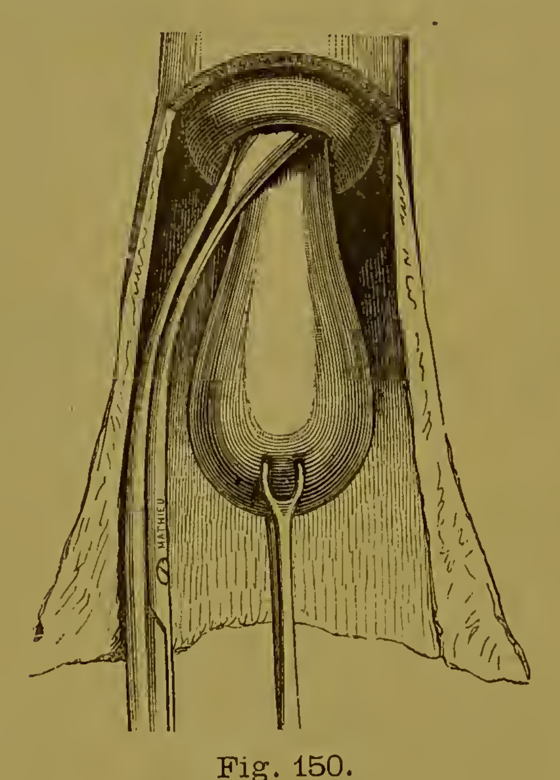


Fig. 150.

Histeroma sub-mucoso.

pedículo es delgado y bien separado de su masa, nada es más fácil que la sección de la producción fibrosa.

El día 4 de Diciembre de 1875, ayudamos á practicar al doctor Péan la extirpación de un pólipo uterino, reproducido en el grabado 150; Péan atrajo hacia la vulva dicho neoplasma, con la pinza de Musseux, colocó una pinza hemostática en el pedículo lo más lejos posible, seccionándolo inmediatamente debajo del instrumento de compresión; dejóse esta pinza en su sitio

primitivo hasta el día siguiente, con el objeto de prevenir cualquiera pérdida de sangre de la enferma.

A los pocos días salió de dicho asilo completamente curada.

Ahora bien, en otros casos la extirpación del pólipo presenta mayores dificultades en primer lugar, aun cuando esté alojado en la misma vagina; puede ser tal el volumen del pólipo, que llegue á dificultar ó imposibilitar la introducción de los instrumentos; en este caso Dupuytren aconsejaba la sección de la horquilla, pero, á nuestro modo de ver, espreferi ble laprcáticadeBullon, el cual practica dos incisiones laterales de los grandes labios, análogas á las que hace el tocólogo en ciertos casos de distocia.

El procedimiento por escisión, es sin duda alguna preferible á todos los otros cuando el pólipo es voluminoso, cuando se halla todo ó en parte fuera de la cavidad uterina, y cuando



Fig. 151.
Polipotomo de Aveling.

llena más ó menos completamente el conducto vaginal. Cógese el pólipo con una pinza erina (véanse los grabados 133 y 134) y se le atrae delante de los grandes labios hasta que se pueda ver el pedículo, el cual se corta entonces con un bisturí ó con unas tijeras curvas.

Dupuytren, Siebold, Mayer, Hervez de Chegoin, Osiander, Langenbek, Arnott, Simpson y otros varios distinguidos prácticos han extirpado gran número de pólipos, y concluyen por preferir esta operación á la ligadura.

Dupuytren, en el largo curso de su práctica ha extirpado más de doscientos pólipos, y en dos casos, únicos, vió sobrevenir hemorragias. Sin embargo, es necesario estar prevenido por lo que pueda resultar con respecto á las hemorragias, á pesar de leer las verídicas conclusiones de prácticos tan eminentes.

Montgomery cita un caso mortal debido á la extirpación de un pólipo; Mae Clintock cita un easo de hemorragia séria eonsecutiva á la extirpaeión de otro pólipo.

Para evitar los grandes inconvenientes que resultan de la extirpación de los pólipos por medio de la excisión, hánse aconsejado varios instrumentos. Entre ellos tenemos el polipotomo de Aveling, representado en el grabado 151.

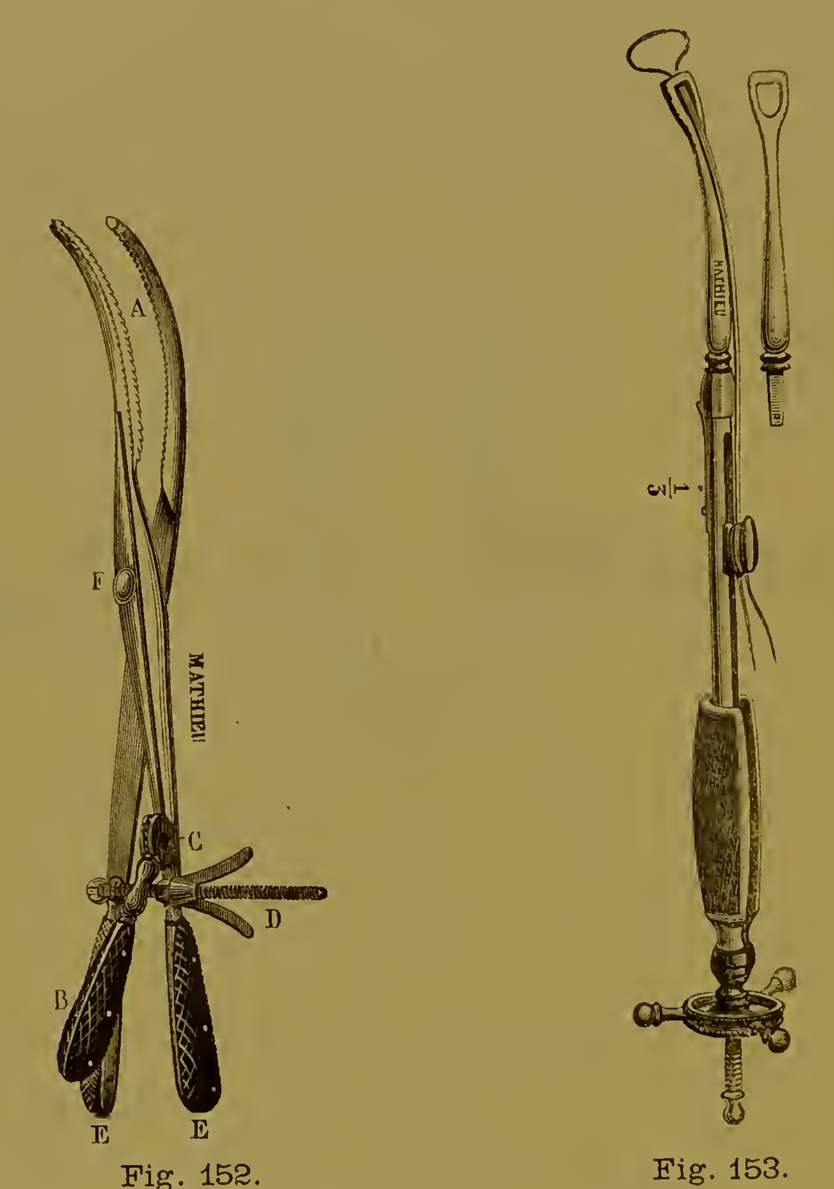


Fig. 152.

Polipotomo del Dr. Péan.

Fig. 153.

Polipotomo del Dr. Barnes.

Compónese este instrumento de un ganeho bastante encorvado sobre sí mismo A, el eual se halla provisto de un surco en

relación con su concavidad, con objeto de abrazar el pedículo, y de un cuchillo B, que resbalando por la ranura que existe en la espiga del instrumento, llega á seccionar el pedículo gracias á los movimientos que se imprime al tornillo D, colocado en su extremidad inferior.

El magullador provisto de hilo metálico es un gran instrumento para seccionar los pedículos; pues, reuniendo las ventajas de la excisión y los de la ligadura, secciona inmediatamente el pedículo. El primer magullador que se puso en práctica es, según indicación de Barnes, el de Graefe. Simpson ha descrito un instrumento parecido al magullador, el cual se halla provisto de un hilo metálico. El magullador con cadena de Chassaignac puede usarse con el mismo objeto, pero nunca llega á valer como los que están provistos de hilos metálicos.

Tenemos también el polipotomo del Dr. Barnes, fig. 153, el cual se compone de una espiga larga y algo encorvada hacia su extremidad superior, hallándose provista de un asa de hilo metálico que funciona como todo magullador.

El polipotomo representado en la fig. 152, construído por M. Mathieu bajo la dirección del Dr. Péan, es de un uso cómodo y de gran utilidad para la extirpación de ciertos pólipos uterinos. El instrumento se introduce en la vagina con sus ramas separadas cual si fuera un forceps, y una vez en el sitio conveniente se articula en F, se cierran los mangos por medio del tornillo D, parecido al que existe en los cefalotribos, y por medio de movimientos de arriba abajo del mango B, el instrumento va cerrándose paulatinamente, y, secciona así el pedículo, de un modo gradual.

Cuando la base del pólipo es muy ancha, y sobre todo, cuando suponemos que el tumor es muy vascular, el mejor instrumento que podemos emplear es sin duda alguna el cauterio galvánico.

Enucleación de los histeromas submucosos é intersticiales.— Háse intentado varias veces extirpar los miomas no pediculados del útero, por la via que ofrece el canal útero-vaginal.

Más de una vez los cirujanos trataron de practicar la ablación de un tumor fibroso más ó menos prominente hacia la vagina, creyendo, sin embargo, tenérselas que haber con un pólipo.

Amussat fué el primero que hizo tal operación (1840). La operación que tanto practicó y encomió Amussat (1) consistía en la separación progresiva del tumor, la cual se practicaba sin instrumento alguno cortante; dicho cirujano la practicó con el dedo ya armado ó no, de una uña metálica. En los dos casos practicados por Amussat el tumor proeminaba á través de la abertura del cuello extensamente dilatado, y tuvo, sin embargo, necesidad de desbridar en varios puntos el cuello uterino. Fué preciso, además de los desbridamientos, practicar varias tracciones enérgicas sobre el tumor, imprimiéndolas ciertos movimientos de torsión. Las enfermas se hallaron durante muchos días en plena gravedad, sufriendo las consecuencias de una metritis sub-aguda y de una infección pútrida grave.

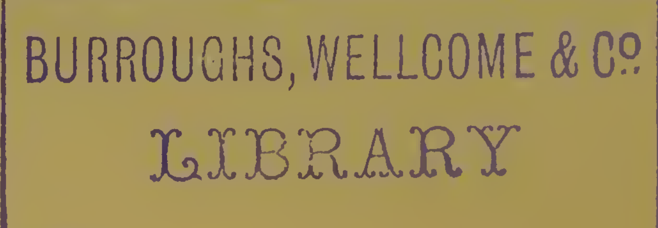
En 1850, Jarjavay, al exponer la opinión de los prácticos de aquel tiempo se mostraba poco entusiasta de este procedimiento.

Diez años después, M. Guyon, 1860, en su tesis de agregación se oponía más enérgicamente á la marcha de esta operación.

Mientras que la enucleación de los tumores por la vía natural declinaba en Francia, iba tomando, al contrario, gran apogeo en el extranjero. Preconizada por Baker, Brown, Duncan, Atlee, Marion Simps, etc., etc., esta operación parece hallarse protegida en América, por entusiastas adeptos.

Aunque el ejemplo de nuestros compañeros de América, puedan animarnos hasta cierto punto para practicar la enucleación

(1) Amussat. *Mémoire sur l'anat, pathologique des tumeurs fibreuses de l'uterus, et sur la possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe.* Paris, 1842.



de los fibromas, no podemos menos que considerar, con Jarjavay, Guyon, Pozzi, Gilette, Gallard, que esta operación es una de las más graves.

No condenaremos por eso absolutamente dicha operación, aconsejándola, por el contrario, en ciertos casos muy limitados. «Creo la operación practicable, dice M. Courty, cuando el tumor no es extraordinariamente voluminoso, estando libre de adherencias, cuando se dirige hacia la cavidad uterina, y que á pesar de ser sesil (sin pedículo) tienda á pediculizarse bajo la acción del cornezuelo de centeno.»

Examinemos el modo como esta operación suele practicarse.

Hánse preconizado dos métodos: en el primero, únicamente se secciona la cápsula que rodea el tumor, abandonando luego la enucleación á los solos esfuerzos de la naturaleza; en el segundo, la enucleación tiene lugar por medio de instrumentos *ad hoc*.

a. Enucleación expontánea.—Una vez que se haya obtenido la dilatación suficiente del cuello uterino con ayuda de los diversos medios indicados, introdúcese un dedo hasta llegar al tumor, y sobre este dedo, á la manera de conductor, se dirige un bisturí, con el que se practica una incisión en forma de cruz, sobre el tumor, de modo que comprenda todo el espesor de la cápsula. Por medio del dedo se separarán, en lo posible, los labios de la incisión mientras que con la otra mano se fije el fondo del útero para hacer así más fácil la operación.

Adminístrase luego el cornezuelo de centeno reducido á polvo, ó la ergotina bajo la forma de inyecciones hipodérmicas, según fórmulas precedentemente indicadas.

b. Enucleación artificial.—Sólo nos ocuparemos del procedimiento recientemente preconizado en América por Marion Sims y Gaillard Thomas, en Inglaterra por Russel Simpson (de Edimburgo), en Alemania por Manemell (de Dresde).

Hé aquí como Sims describe un procedimiento operatorio

según la explicación que nos da el Dr. Pozzi en su tesis de agregación (1):

«Supongamos, dice, que el tumor tenga el tamaño de una naranja y que esté adherido á las paredes posteriores ó laterales del útero (véase la fig. 154), estando la pared anterior libre; se empieza por dilatar el cuello con la esponja preparada, hasta que llegue á obtener un diámetro de cinco á seis centímetros.

»Se hace acostar á la enferma sobre el lado izquierdo para aplicar el especulum de Sims, y aplicando una fuerte pinza-

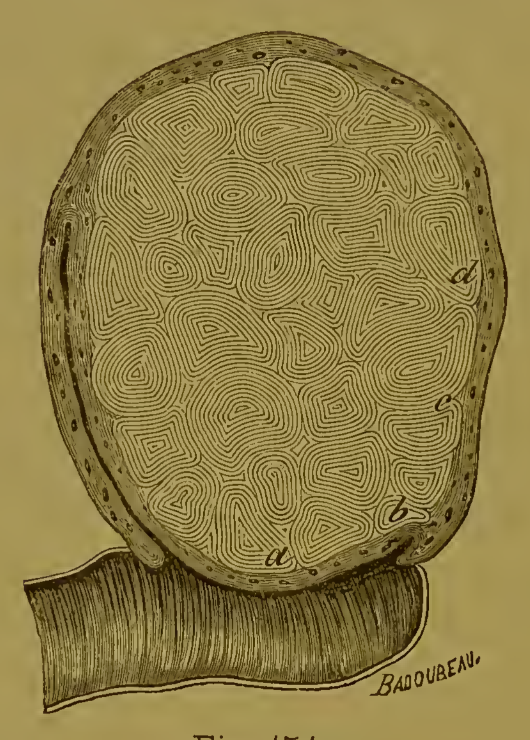


Fig. 154.

Fibroma intersticial (Sims).

erina sobre el tumor, se hará descender todo lo posible. La cápsula del tumor debe seccionarse, al nivel de las inserciones que tenga en las porciones lateral y posterior del cuello, pasando luego á la separación de los labios de la herida por medio del dedo, y si preciso fuera, usando de algún instrumento conveniente.

(1) S. Pozzi. *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'uterus*. Paris, 1875.

»En el momento que el tumor se haya dirigido hacia abajo, con la erina, se interpondrá el enucleador entre el tumor y la cápsula, que queda adherida á las paredes uterinas. La repetición de esta maniobra con el enucleador de Sims (fig. 155), por los diversos sitios que ocupe el histeroma, concluirá por dislacerar los filamentos celulosos que suelen unir el tumor á su cápsula.

»Nuevas tracciones se irán practicando por medio de una erina doble colocada á lo largo de la cara posterior del tumor con objeto de ir atrayendo éste hacia la vulva. Cuando el tumor sea tan voluminoso que no pueda franquear el orificio uterino á pesar de hallarse desprendidas todas sus adherencias, será necesario recurrir al desbridamiento del cuello hasta la inserción vaginal, practicándose por medio de las tijeras.



Fig. 155.

Enucleador del Dr. Sims.

»En el mismo momento en que el tumor es extraído, el útero se contrae como en un parto. Todos los pedazos membranosos que han quedado adheridos en el interior, se deben extraer. La hemorragia consecutiva á esta operación suele ser leve; sin embargo, cuando sea intensa se cohibirá por medio de un tapón mojado en una sal férrica y colocado en la misma cavidad uterina; para que este tapón permanezca en contacto con los vasos dislacerados, débese colocar otro en la vagina. Estos tapones deben quitarse lo más pronto posible, sin depasar nunca veinticuatro horas; si algún síntoma de septicemia se desarrolla, se quitará inmediatamente el tapón.

»Los tapones de algodón en rama mojados de sal férrica se prepararán de la manera siguiente: cójase algodón en rama de

buena calidad, se lava con agua abundante y se satura luego con una disolución de sulfato de hierro (en la proporción de una á dos partes), se divide luego en masas del volumen de la mano y de una pulgada de espesor; sécanse dichas masas comprimiéndolas fuertemente y se las conserva en frascos con tapón esmerilado. Una vez extraídos los tapones de la vagina y matriz, se practicarán repetidas inyecciones fenicadas.»

Russel Simpson (1) usa, para enuclear estos tumores, un instrumento que á causa de su forma lo denomina cucharilla

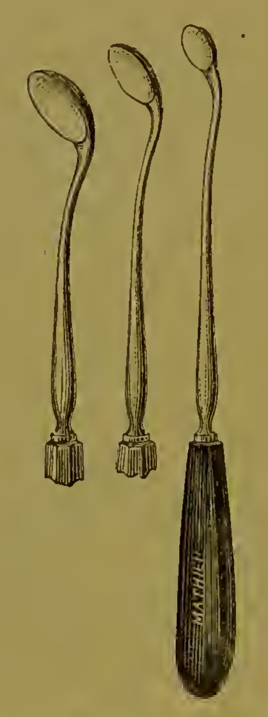


Fig. 156.

Cucharilla en forma de uña del Dr. Russel Simpson.

en uña *(nail-curette)*. Según el tamaño é implantación del neoplasma se hará uso de uno y otro de los instrumentos representados en la fig. 156.

M. Simpson atrae el tumor por medio de una erina que confía á un ayudante, interin otro deprime el útero colocando una mano en el abdómen por encima del púbis; dirigiendo luego, la

(1) Russel Simpson. *The treatment of fibroid tumours of the uterus, Edinburgh med. journ., janvier 1878.*

extremidad del instrumento hacia la parte profunda del tumor, con el dedo índice de la mano derecha hace funcionar su instrumento.

M. Gaillard Thomas (1) aconseja el uso de una cucharilla sumamente cóncava y armada sobre sus bordes de agudos dientes parecidos á los de una sierra. Este cirujano reconoce los límites del tumor por medio de un dedo, é introduciendo su instrumento desprende el tumor con movimientos de vaivén.

La posición de la enferma variará según el sitio que ocupe el tumor; si se halla implantado en la pared posterior, la enferma se colocará en posición supina, y si está en uno de los lados del útero, la paciente descansará sobre el lado correspondiente al tumor.

Estoy en un todo conforme con la opinión de M. Leblond por lo que respecta á la enucleación de los tumores fibrosos uterinos, puesto que dicha operación expone á diversas inflamaciones, tales como la peritonitis, los abscesos peri-uterinos, la flebitis, la septicemia, la linfangitis, y, por lo tanto, esta operación debería practicarse, únicamente, en casos muy limitados.

No siendo casi nunca graves en sí mismos los tumores fibrosos de la matriz, y, sí los accidentes que ellos determinan, se debería formular el siguiente corolario: *todo fibroma compatible con la vida debe rechazar en absoluto la enucleación.*

Si el tumor va acompañado de abundantes pérdidas sanguíneas, las que sin amenazar la existencia de una manera inmediata puede, sin embargo, comprometerla al cabo de cierto tiempo, recurriremos á las tentativas de enucleación expontánea. Cuando el neoplasma está suficientemente pediculado, se practicará su extirpación seccionando su pedículo por medio de uno de los precedimientos anteriormente indicados.

Cuando el práctico se encuentre en presencia de un tumor que ocasione grandes pérdidas, y amenace la vida de la enfer-

(1) *American Journ. of obstetrics. obtobre 1878.*

ma, estará solamente *entonces*, en nuestro concepto, autorizado para practicar la enucleación artificial.

DEL LEGRADO DE LAS GRANULACIONES
QUE TIENEN ASIENTO EN LA CARA INTERNA DE LA MATRIZ

Por medio del *legrado* curamos hoy, ventajosamente, algunas afecciones del útero y de sus anexos, refractarias á otros tratamientos.

Esta operación preconizada por Recamier hace más de 50 años y aconsejada por los célebres cirujanos Lisfranc, Nelaton Gosselin, Nonat, fué desechada por las celebridades de Alemania antes de que se pusiera en práctica la cura de Lister.

Desde 1870 hubo una reacción favorable al *legrado del útero*, pues vemos entre otros, á Bischoff (1) y al célebre Vesauser en 1875, aconsejando la práctica de esta operación para combatir el catarro uterino.

Nuestro distinguido compañero el Dr. Doléris, de París, es sin duda alguna el ginecólogo francès que con más perseverancia ha practicado esta operación.

El ilustrado y sabio catedrático de clínica de Obstetricia de la facultad de Medicina de Valencia, Dr. Candela, desarrolló una memoria en el Congreso Médico-farmacéutico celebrado en Julio de 1891 en Valencia, titulada «Contribución al perfeccionamiento de la técnica del legrado uterino»; en ella hace la historia del legrado uterino, y describe su procedimiento quirúrgico, el cual hemos practicado en dos señoras afectas de catarro uterino inveterado, obteniendo en ambos satisfactorios resultados.

Deseando dar á conocer á nuestros lectores el procedimiento del legrado uterino, propio del Dr. Candela, lo publicamos á continuación: comprende cuatro tiempos.

---

(1) Die sogennante Endometritis fungoso Vortrag us d. Med. Gesellsch von Barel Noviembre de 1875.

1.° Preparación.

2.° Analgesia del útero.

3.° Avulsión completa de la mucosa del útero mediante su legrado, sin descenso y sin valvas que distiendan la vagina.

4.° Limpieza y apósito.

Primer tiempo.—Preparación

«Respecto á este tiempo, seguimos en un todo el procedimiento de Doléris y de algunos autores alemanes, desinfectando el canal genital y aplicando doce ó veinticuatro horas antes de la operación un tallo de laminaria, previa su desinfección rápida con agua hirviendo primero, y pasándolo después por una solución etérea de iodoformo. La dilatación inmediata con las bujías de Hégar, parécenos exponer á distensiones violentas del tejido uterino y á reflejismos consecutivos, que se evitan con la dilatación lenta por medio del tallo de laminaria; además, la anestesia local del útero no puede practicarse ni tan completa ni con la libertad de que se dispone teniendo reblandecido el tejido del cuello. Son muy pocas las multíparas á quienes se puede legrar con facilidad sin dilatación previa y sin practicar el descenso que omitimos nosotros.»

Segundo tiempo.—Analgesia

«Mucho tiempo antes que Pozzi publicara en su obra las razones de analogía que hay para cocainizar el útero y de que Geyl publicara en los *Nuevos Archivos de Obstetricia y de Ginecología* su procedimiento de *anestesia en el legrado del útero* con el muriato de cocaina por medio de torundas empapadas en una disolución al 20 por 100, que dicho sea de paso sólo hemos podido repetir con bastantes dificultades, comunicábamos nosotros á nuestro ilustrado colega y distinguido ginecólogo de Madrid, el Dr. Gutiérrez, nuestro procedimiento de analgesia del útero adquirido á fuerza de ensayos y tanteos, en el que, previa la dilatación y reblandecimiento del cuello, practicábamos dos in-

yecciones submucosas de una disolución de clorhidrato de cocaina al 3, al 5 ó al 7, proporcionalmente al peso de las mujeres sometidas á esta práctica; algunos casos, siquiera pocos, de escaso éxito, y otros de algún ligero síntoma de cocainismo, nos hicieron ensayar el procedimiento del Dr. Geyl, que nos parece algún tanto inseguro, toda vez que las torundas empapadas de la disolución de cocaina son esprimidas al atravesar el cuello, y no llegan suficientemente impregnadas de la substancia activa, y dificultan y se retarda y se imposibilita la analgesia en bastantes ocasiones.

Por eso discurrimos nuestro último procedimiento de analgesia úterina. Consiste éste en cargar una jeringa de inyecciones intra-uterinas de 4 á 5 cm. de capacidad, con una disolución al 20 por 100 de clorhidrato de cocaina, y arrollando á la mitad superior de la cánula de la jeringuilla un vendolete de algodón hidrófilo, después de extraer el tallo de laminaria que se colocó en el tiempo anterior y después de haber limpiado de sus mucosidades y demás secreciones el útero, mediante una amplia irrigación antiséptica ó con algún algodón guiado por un aplicador, introducimos la cánula huatada de la jeringuilla y vamos después inyectando de centímetro en centímetro cúbico la disolución de cocaina, al mismo tiempo que ligeros movimientos de palanca sobre la cánula ponen en contacto de toda la mucosa el líquido analgésico. Destornillamos después el cuerpo de bomba de la jeringa, la cargamos de nuevo, repetimos en la misma forma la irrigación, gastamos en todo esto quince minutos, y gradual y sensiblemente el útero queda sin sensibilidad al dolor.

Cuantos profesores han presenciado este tiempo de la operación en mi consulta, y podria citaros nombres muy autorizazos, se han convencido plenamente de ello.»

TERCER TIEMPO.—AVULSIÓN DE LA MUCOSA

«A las modificaciones introducidas en este tiempo, concedemos principal importancia de nuestras observaciones.

Según el procedimiento más usual, se procede al legrado ó raspado de la mucosa del útero sujetando el cuello de éste con unas pinzas de gancho finas y de puntas no muy agudas y haciéndole descender lo posible, mientras la mano del ayudante distiende la pared posterior de la vagina mediante la aplicación de una valva de Sims ó Bozeman, y más ordinariamente de Fritz. Esta manera de operar, por el descenso del útero y por la aplicación de la valva, dificulta algún tanto la circulación venosa en el momento del legrado, y de aquí la temible (¡) hemorragia de los adversarios del legrado.

En mi procedimiento, fijo el útero sin hacerlo descender apenas con las pinzas, distiendo ligeramente la vagina, introduzco la legra, y quitando el dilatador que me ha servido para introducir la legra, comienzo y continúo el raspado de la mucosa hasta que el llamado grito uterino me convence de que ni en sus paredes, ni en su fondo, ni en sus ángulos, queda en la cavidad un resto de mucosa enferma. La analgesia dura todo el tiempo de esta práctica, que raras veces llega á otros quince minutos.

La sangre que se derrama de este modo es insignificante y no merece el nombre de hemorragia; pero las ventajas de esta manera de operar son indiscutibles; las apreciarán cuantos ginecólogos avezados á la práctica del legrado se decidan por ensayar una sola vez este procedimiento. He de confesar aquí, que para los principiantes esta parte técnica reclama un poco más de atención que la usual, pero en cambio facilita el manejo de la legra de un modo extraordinario. A medida que el detritus legrado va saliendo del útero, desciende por la vagina merced á la poca sangre que le acompaña y va apareciendo por entre los cerrados labios de la vulva en forma de una masa blanda y pulposa, mezcla de colgajos más ó menos pequeños, de mucosa desprendida y de sangre más ó menos densa y en principios de coagulación, según el sujeto.

Cualquiera que sea el modelo recto de cucharilla que se em-

plee, obtiene resultados completos siempre y cuando el corte de ella sea apropiado á las circunstancias ó tejidos que se quieren destruir. La cucharilla curva de Volkman, discurrida para legrar la pared anterior en los casos de anteversión muy pronunciada, está de sobra. Sin valva que distienda la vagina y que dificulte el movimiento de palanca de la legra, el mango de esta puede llevarse en dirección del periné hasta la ranura glútea, y nada en esta situación queda fuera del campo de acción de la legra en la cara anterior del útero.

Cuando termino el legrado del cuerpo, intento en lo posible el del cuello, y si en este momento alguna vez se escapa la legra y sale de su cavidad, la misma dirección de las pinzas que fijan el útero sirve de guía para introducirla de nuevo.

No es necesaria, pues, la intervención del ayudante en este tiempo de la operación. En nuestra consulta no nos asiste en esta operación más que una simple auxiliar ligeramente impuesta en el manejo y limpieza de los instrumentos más usuales.

Cuando por efecto de parametritis anteriores el útero está fijo é inmóvil en su situación, antevertido, retrovertido ó lateralizado, nuestra manera de legrar lleva la cucharilla con facilidad extrema á toda la extensión del endometrio, sin que ninguno de sus repliegues escape á su acción. A esto, sin duda, debemos el que las recidivas después de nuestro legrado sean tan escasas, principalmente en las endometritis parasitarias, pues no es posible que haya obstáculo ni inconveniente de ninguna clase para que toda la mucosa quede destruída. En más de 250 legrados que llevamos practicados por este procedimiento, solo hemos podido observar unas siete recidivas, y esto por causa del cuello del útero, cuyas dificultades para el legrado son de vosotros conocidas.

Las mujeres obesas, las de grandes labios, vagina carnosa y prolapsada y vejiga herniada acompañando á la vagina en su descenso, se legran con facilidad extrema introduciendo al tacto la cucharilla, mientras un ayudante sostiene las pinzas

que fijan el útero; para estos casos convienen cucharillas de mango muy largo, para que la mano pueda sujetarlo con facilidad, á fin de practicar con desembarazo y fuerza conveniente todos los movimientos de báscula ó palanca necesarios.»

Cuarto tiempo.—Limpieza y apósito

«En este tiempo, apenas diferimos en nuestra operación de la generalidad de ginecólogos.

Barremos los restos del endometrio y de los coágulos con amplia irrigación intrauterina de sublimado al $^1/_{2000}$ ó $^1/_{1000}$ aplicando directamente la sonda de Dolériz, y sin necesidad de valva tampoco para este tiempo; dicho se está que así la antisepsia de la vagina es completa. Aplicando un dilatador, después llevamos al interior del útero un aplicador envuelto en su extremidad con un vendolete de algodón hidrófilo empapado en una disolución de glicerina creosotada al $^{20}/_{100}$; volvemos á irrigar la vagina, la rellenamos ligeramente de gasa iodofórmica, y queda con esto terminada la operación.

Los cuidados consecusivos se limitan á cambiar la gasa diariamente después de lavar la vagina, y damos de alta á nuestras enfermas, si no tienen otra cosa de que ser tratadas, cuando en el tapón de la gasa no se notan ya vestigios de exudados patológicos.

Para no molestar la atención de los señores congresistas, hemos dado á este trabajo el carácter de una simple nota, y antes de terminar, me permitirán la resuma en las siguientes conclusiones:

Con nuestro procedimiento de legrado del útero creemos haber contribuído al perfeccionamiento de la práctica de esta operación.

1.° Porque la anestesia del útero se verifica con seguridad y prontitud relativa y por medio tan sencillo como fácil. La cloroformización, aun tratándose de sujetos muy nerviosos y excitables, huelga por completo.

2.° Porque la hemorragia queda reducida á la más mínima cantidad posible. Aun sujetos anémicos pueden impunemente sujetarse á tan escasas pérdidas de sangre.

3.° Porque dificulta las recidivas más que el procedimiento ordinario, toda vez que permite hacer la avulsión más completa de la mucosa enferma en los casos de fijación y desviaciones del útero con adherencias, puesto que no hay necesidad de practicar el descenso del útero, lo mismo que en los casos de obesidad acompañados ó no de descensos de la vagina, en los que el campo de la operación queda obstruído por estas condiciones anatómicas.

4.° Porque permite usar siempre cucharillas rectas cuyos cambios de dirección más rápidos é inofensivos permiten abreviar extraordinariamente la operación.

5.° Porque ahorra la intervención del ayudante, y basta para asistir á la misma la asistencia de un auxiliar ligeramente impuesto en estas prácticas.»

ABLACIÓN DE LOS MIOMAS SUB-PERITONEALES

POR MEDIO DE GASTROTOMÍA

Cuando un tumor fibroso se desarrolla hácia la cavidad peritoneal, claro está que su extracción por las vías genitales es de todo punto imposible, en vista de lo cual se ha buscado el medio de extraerlo por gastrotomía. La práctica de estas operaciones, data de muy poco tiempo; no tenemos necesidad de recordar, la ablación por gastrotomía de los quistes del ovario, y con mayor razón la ablación parcial ó total del útero afectado de cuerpos fibrosos, pues estaba hasta poco tiempo, y por unanimidad, desechada por los cirujanos. Los sucesos obtenidos por varios prácticos en la ablación de los quistes del ovario, les condujo á la atrevida práctica de la histerotomía.

Caternaul (1) en su tésis inaugural nos ha dado á conocer varios hechos debidos á la práctica de M. Kæberlé; Péan, en su tratado sobre la histerotomía cita varios casos personales.

La opinión de los cirujanos sobre la práctica de la gastrotomía para extirpar los tumores fibrosos de la matriz, está dividida; unos, con Boinet, Courty, Simpson-West, condenan la operación por dar resultados deplorables, al paso que otros, como Kœberlé, Spencer, Wells, Péan, Graily, Hewit, Pozzi, Terrier y Gosselin la aceptan.

Desde 1863 la histerotomía ha tomado grande empuje en nuestras costumbres quirúrgicas.

Operación.—El Dr. Péan es sin duda alguna el cirujano francés que está más versado en la práctica de la histerotomía.

Muchas son las indicaciones que dicho comprofesor nos ha dado para la composición de este opúsculo; en vista de lo cual, le tributamos aquí públicamente, un testimonio de gratitud y aprecio, por la gran consideración con que siempre nos ha distinguido.

(1) Caternaul. *Des tumeurs fibreuses periuterines. Strasbourg. 1866.*

La histerotomía exige, para ser practicada con éxito, que el cirujano tenga á su disposición gran número de instrumentos.

La enferma debe ser operada en el cuarto mismo que ocupará durante el tratamiento consecutivo.

Este cuarto será espacioso, bien cerrado, provisto de una ventana, y, chimenea (si se opera en invierno); en fin, presentará una orientación y condiciones tales, que permitan mantener en verano é invierno una temperatura constante de 20° á 24° centígrados.

Inútil es añadir que no deberá estar cerca de ningún centro nosocomial, de donde podria radiar la infección purulenta, la erisipela ú otra enfermedad contagiosa. Este local contendrá, únicamente, los muebles más indispensables.

El Dr. Péan usa, para practicar esta operación, una cama especial.

Digamos cuatro palabras antes de describir el manual operatorio de la histerotomía, de la antisépsis de esta operación.

Lister ha fundado en doce años toda una práctica quirúrgica sobre ciertas teorías. Ha demostrado que en virtud de ciertos procedimientos, el cirujano es dueño de obtener resultados que nunca hubiera podido realizar, demostrando á la vez que había resuelto la cuestión de insalubridad, la de acumulación á los operados y la de modificar lo bastante los procesos de reparación con el fin de aumentar y perfeccionar la acción y el poder del cirujano.

El ilustrado cirujano de San-Louis, de París, M. Péan, emplea desde 1876 el procedimiento de Lister, particularmente en las operadas de quistes ováricos é histerotomías.

Como quiera que los gérmenes se hallan tanto en la atmósfera como en la superficie de los cuerpos, es deber del práctico procurar que todo lo que debe estar en contacto de la herida esté libre de los organismos vivos que se hayan podido depositar en su superficie.

Todos estos objetos deben prepararse de tal modo que que-

den en la mayor limpieza y libres de toda clase de gérmenes, obteniéndose esto, según aconseja Lister, por medio de un baño fermenticida. Dos soluciones acuosas son principales: la solución fuerte, que contiene 5 gramos de ácido por 100 de agua, y la débil, que se compone de 2'50 gramos por 100 de agua.

Los instrumentos se introducirán durante cierto tiempo en la solución fuerte, teniendo cuidado de frotarlos con una espon-

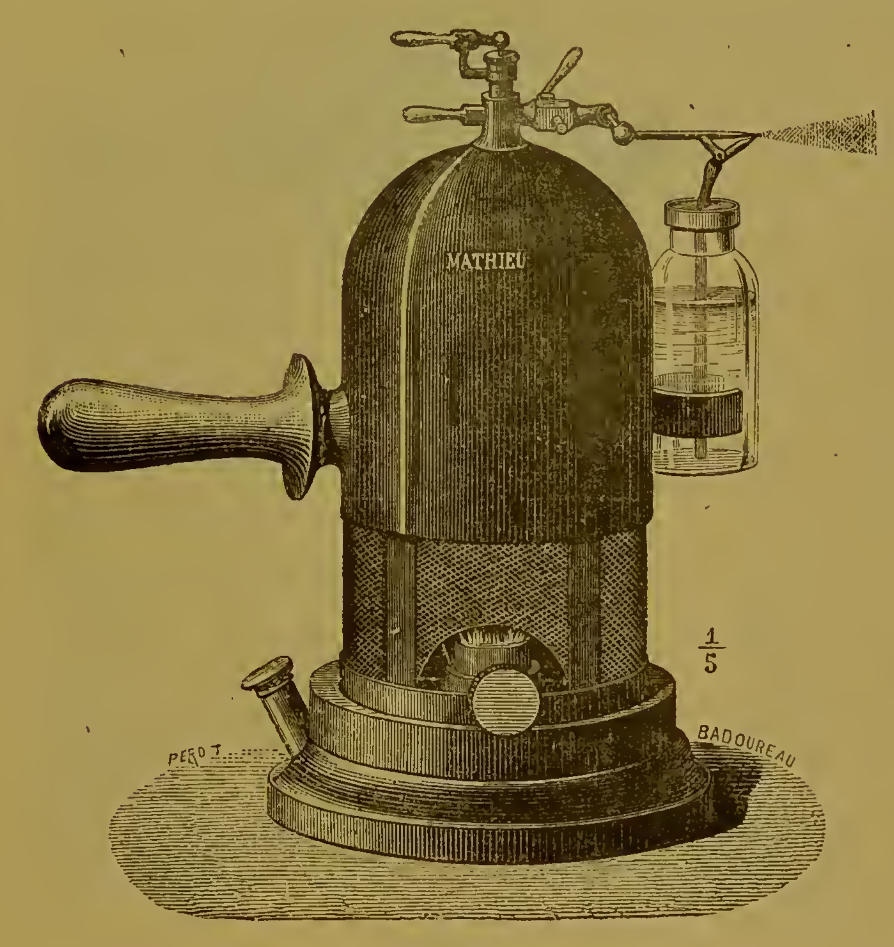


Fig. 157.
Pulverizador de Lister.

ja ó un lienzo empapado en ésta, para que se limpien todas sus anfractuosidades.

Antes de colocarse un objeto en contacto de la herida debe desinfectarse, así como los alrededores de ésta y el campo operatorio, con la solución fuerte.

Para hacer esto, Lister empleó desde un principio un aparato de pulverización, construido sobre el principio del aparato

de Richardson, y donde la presión de la mano sobre una bola de cautchuc da un chorro pulverizado.

Después de haber observado que este chorro no era bastante fuerte, y que la presión de la bola con la mano era penosa para el ayudante, hizo construir un pulverizador de vapor, representado en la figura 157, basado sobre el principio de pulverización de Siègle, que funciona sólo por medio de un chorro de vapor. El ayudante se concretará á dirigir el chorro.

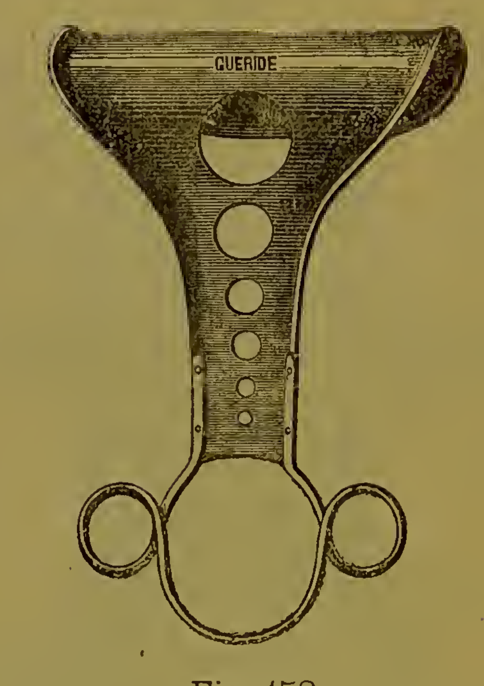


Fig. 158.

Separador de Péan para las paredes abdominales.

El aparato se colocará, siguiendo la práctica de Péan, sobre un trípode cuya plataforma pueda variar de posición y plano, para dirigir con mejor resultado el chorro hacia el sitio que más convenga.

El pulverizador consiste, en una pequeña caldera calentada por una lámpara de alcohol cuya llama se regula á voluntad. El chorro de vapor pulveriza el agua como la corriente de aire la pulveriza en el aparato de Richardson, llevando tras sí en un orificio muy estrecho, una corriente de líquido.

Por último, la herida deberá vivir en una especie de estuche

formado de gasa antiséptica. Cubriendo esta gasa con una tela impermeable, se limita á la herida la atmósfera fenicada, manteniendo este ácido fénico al rededor de la solución de continuidad.

Examinemos ahora los diversos tiempos de que se compone la histerotomía.

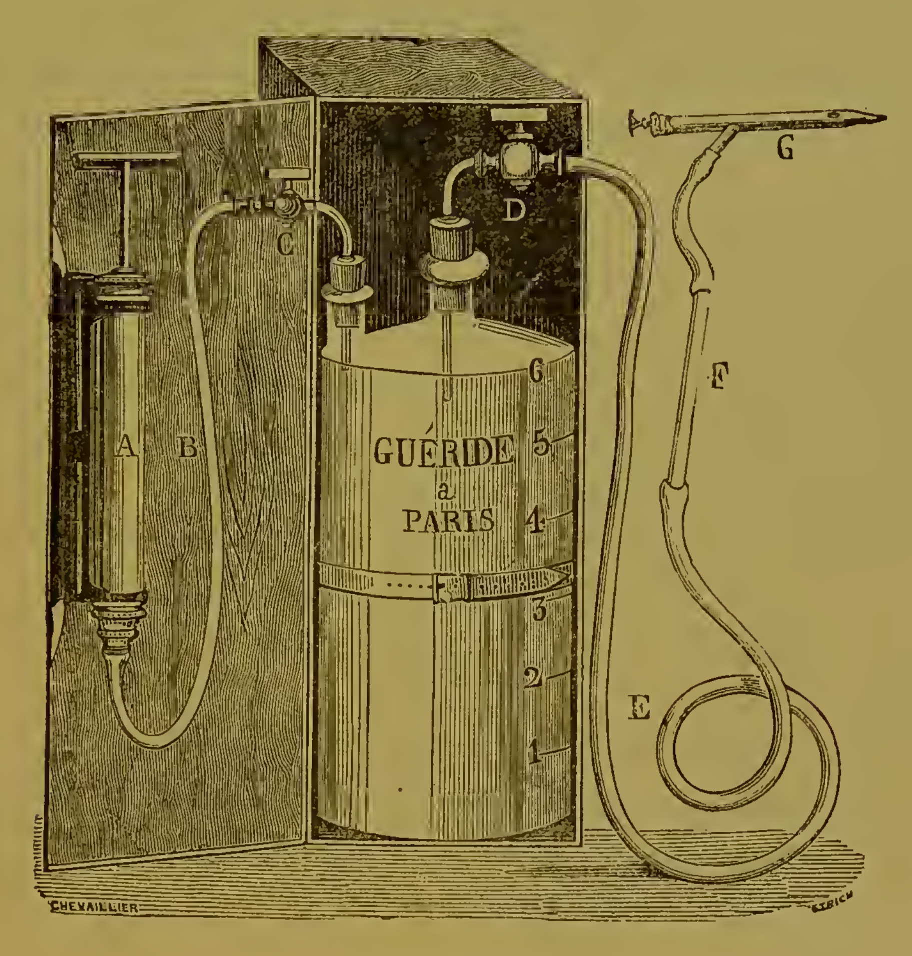


Fig. 159.

Aspirador de M. Guéride. G, trócar el cual se continúa con un tubo de cautchuc. E, que nos deja ver por medio del cristal F la cantidad de líquido que se extrae; por medio de la bomba A, se hace el vacío del frasco.

PRIMER TIEMPO. — *Incisión de las paredes abdominales.* — Abertura de la cavidad peritoneal. El operador traza sobre la línea mediana y con una pluma, la marcha que debe seguir el bisturí, y determina así la longitud de la incisión: ésta variará, como es natural, según el tamaño del tumor y de las adherencias que éste pueda tener.

La incisión debe detenerse inferiormente, á uno ó dos centímetros por encima del púbis, al paso que superiormente llegará hasta el ombligo, como también hasta el apéndice xifóides en los casos de fibromas subperitoneales muy voluminosos.

La sección de los diversos planos que componen la pared abdominal se practica capa por capa hasta llegar al nivel de la hoja parietal del peritoneo; á medida que los vasos se vayan dividiendo se irán colocando en sus labios las pinzas hemostáticas del Dr. Péan, dejándolas en permanencia algunos instantes.

SEGUNDO TIEMPO. — *Desprendimiento y reducción del tumor.* —En este tiempo se halla en descubierto el tumor; á fin de oponerse á la penetración de líquidos ó de sólidos, en la cavidad peritoneal, procedentes de la sección de las paredes abdominales, y sobre todo, para asegurar la contención de las asas intestinales y del epiploon, que podrían resbalar durante las maniobras de extracción, los labios de la herida deben envolverse en toda su extensión con servilletas calientes, las cuales se sostendrán por ayudantes prácticos en esta clase de operación (1).

Reconocido el tumor se practicará la punción por medio de un trócar de gran tamaño si se trata de un tumor fibro-cístico, y para ello usaremos el gran aspirador de M. Guéride, representado en la figura 159, pues la extracción del neoplasma será menos dificultosa.

En los casos de tumores fibro-císticos y una vez practicada la punción del quiste con el trócar de Mariaud, deberá el práctico colocar en el sitio de la punción la pinza representada en la figura 160 para evitar la menor salida de líquido, impidiendo así su caída en la cavidad peritoneal.

(1) El Dr. Péan se hace secundar constantemente por seis ó siete ayudantes; uno de ellos se ocupa exclusivamente de la administración del cloroformo: cuatro, colocados á derecha ó izquierda de la enferma, sostienen los labios de la herida y van ligando los vasos divididos; el sexto y séptimo están á cargo de los numerosos instrumentos que durante el curso de esta operación puedan necesitarse.

Cuando el tumor es pedículado y no tiene adherencias, su extirpación es fácil, pero cuando estas condiciones faltan, conviene, para separar las adherencias, servirnos de los dedos, en lo que sea posible, pues ellos bastan cuando éstas son recientes.

Si las adherencias son antiguas y resistentes, es necesario disecarlas, ya con el bisturí, ya con las tijeras, ó por medio de

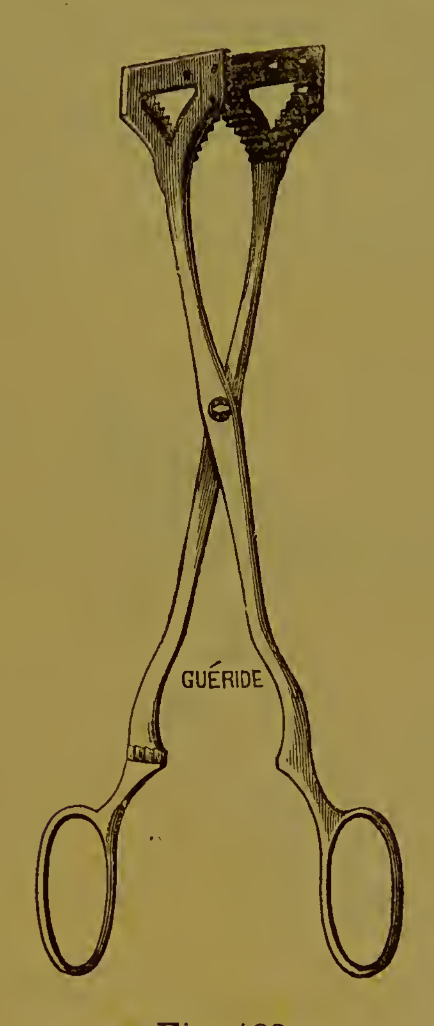


Fig. 160.
Fuerte pinza ó presión continua de M. Péan.

una espátula cuyos bordes sean romos y la extremidad ligeramente redondeada.

Esta disección se practicará con gran cuidado, sobre todo, al rededor de los grandes vasos, para evitar una hemorragia del epiploon.

Si el tumor puede atravesar con facilidad la herida abdo-

minal, pasaremos inmediatamente al tercer tiempo de la operación.

Cuando la masa morbosa es de considerable volúmen y es completamente sólida, procederemos al método descrito por el Dr. Péan bajo el nombre de *Par morcellement*. Hé ahí su descripción:

Se empieza, dice este distinguido cirujano, por atravesar la parte media del tumor, y si esta no es accesible, la parte que se pueda, con varias asas de hilo metálico, y se unirán entre sí, las extremidades de estos hilos con ayuda de los aprieta-nudos ordinarios, con objeto de interrumpir paulatinamente la

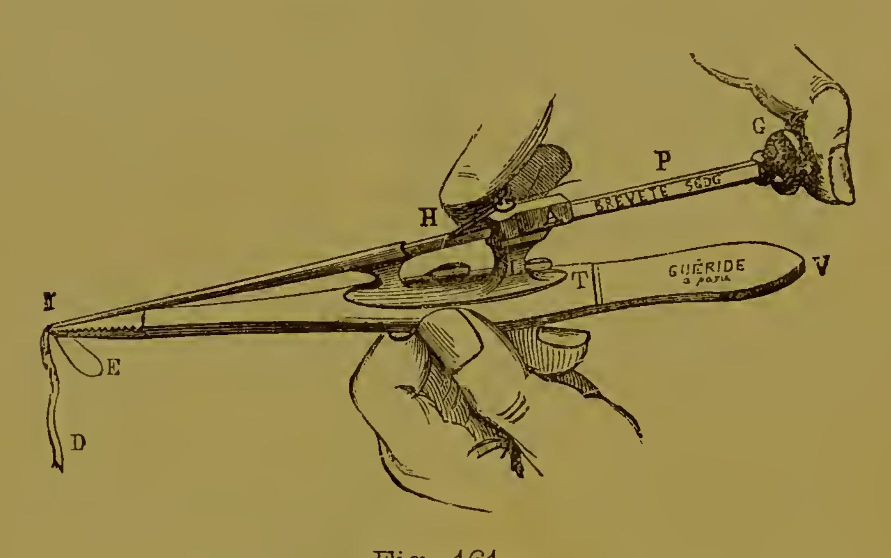


Fig. 161.

Ligador automático de Cintrac.

circulación en toda la parte que se encuentra por encima de las ligaduras. Practícanse entonces diversos cortes en la parte superior del tumor; si á pesar de esto quedase todavía gran cantidad del producto neoplásico, se colocarían de nuevo ligaduras hacia abajo, extirpando del mismo modo la parte privada de circulación.

Si á pesar de todos estos cuidados algún vaso se dividiere, el el cirujano puede recurrir á uno de los medios siguientes:

a. La compresión continua del vaso por medio de las pinzas hemostáticas.

b. La aplicación de líquidos astringentes, tales como el alcohol y el percloruro de hierro, colocados con sumo cuidado en el punto en que se ha dividido el vaso.

c. La ligadura con hilos de seda, cuando se trata de un vaso, y con hilo de plata si se tienen que ligar varios.

En fin, puédese usar también el cauterio actual calentado al rojo y llevado directamente sobre la superficie que sangra.

Para practicar ligaduras á cierta profundidad, que no sean accesibles á nuestros dedos, usaremos el ligador automático de Cintrac (fig. 161).

Este ligador se compone de dos piezas principales:

a. De la aguja I P G.

b. Del apoyo H T.

Para preparar el instrumento, debemos:

1.º Introducir los dos cabos de un hilo en los dos orificios que existen en la extremidad I de la aguja, de modo que podamos verlos salir en H para enroscarlos en el tornillo inmediato.

2.º El asa del hilo debe formar un anillo que permita el paso de la pinza V.

3.º Una vez que tengamos aprisionada la arteria D entre los dientes de la pinza, haremos que el asa, suficientemente abierta, recorra la pinza hasta llegar al vaso que nos proponemos ligar. Haciendo girar el tornillo G, lo ligamos por torsión, adhiriendo por lo tanto, sus túnicas interna y media.

Para extraer el tumor se deben practicar ligeros movimientos de tracción, hasta colocarle entre los labios de la herida.

Tercer tiempo.—*Extracción del tumor.*—Cuando el pedículo es largo, poco vascular y pertenece á un fibroma subperitoneal, con mucha facilidad se practica su sección, una vez puesto al exterior dicho neoplasma.

Antes de proceder á esta sección, conviene colocar inmediatamente debajo del tumor una ó dos ligaduras suficientemente apretadas, con objeto de impedir toda efusión de sangre hacia la cavidad peritoneal.

Con este objeto, el malogrado Cintrac ideó é hizo construir su ligador aprieta-nudos.

Este ligador difiere poco del constrictor Maisonnaive y está compuesto de dos partes que permiten torcer el hilo.

CUARTO TIEMPO.—*Fijación del pedículo.*—Hánse denominado

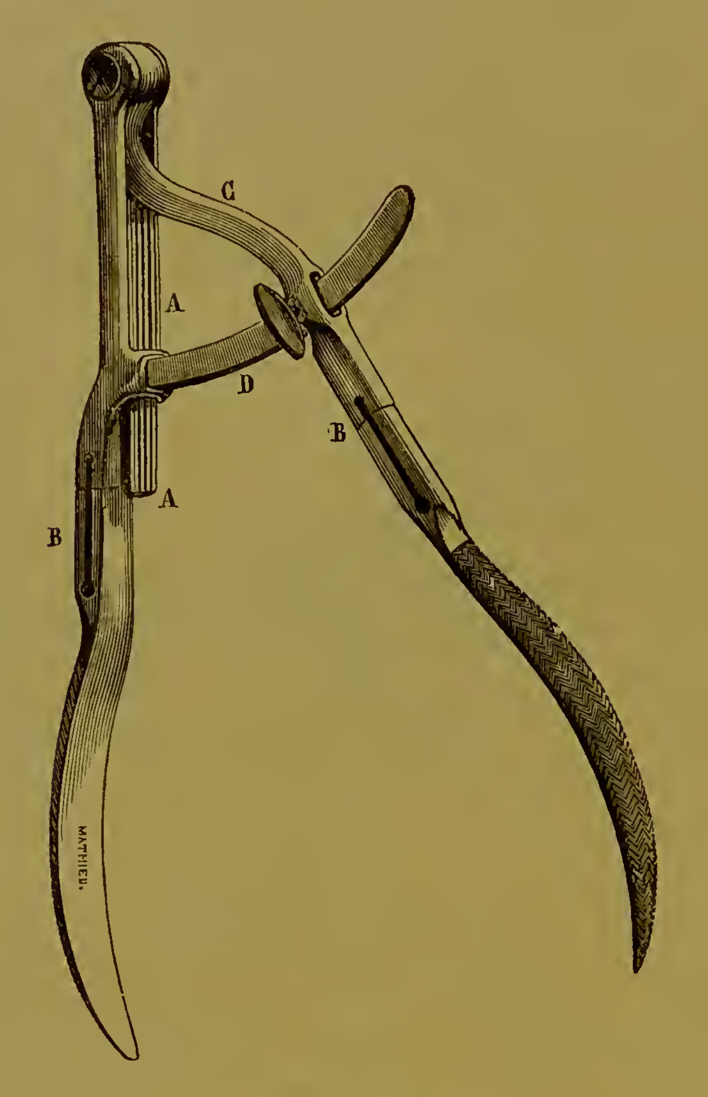


Fig. 162.

Cepo de Spencer Weells.

con la expresión inglesa *clamp* (cepo), varios instrumentos destinados á fijar al exterior el pedículo de diversos neoplasmas, ya uterinos, ya ováricos.

Entre ellos mencionaremos el de Spencer Weells, modificado por Mathieu (véase el grabado 162); este cepo se compone de

dos ramas articuladas, permitiendo así la compresión del pedículo á voluntad del práctico, quedando fija por medio de la espiga D.

El cepo ó *clamp* de M. Péan (fig. 163) es muy importante,

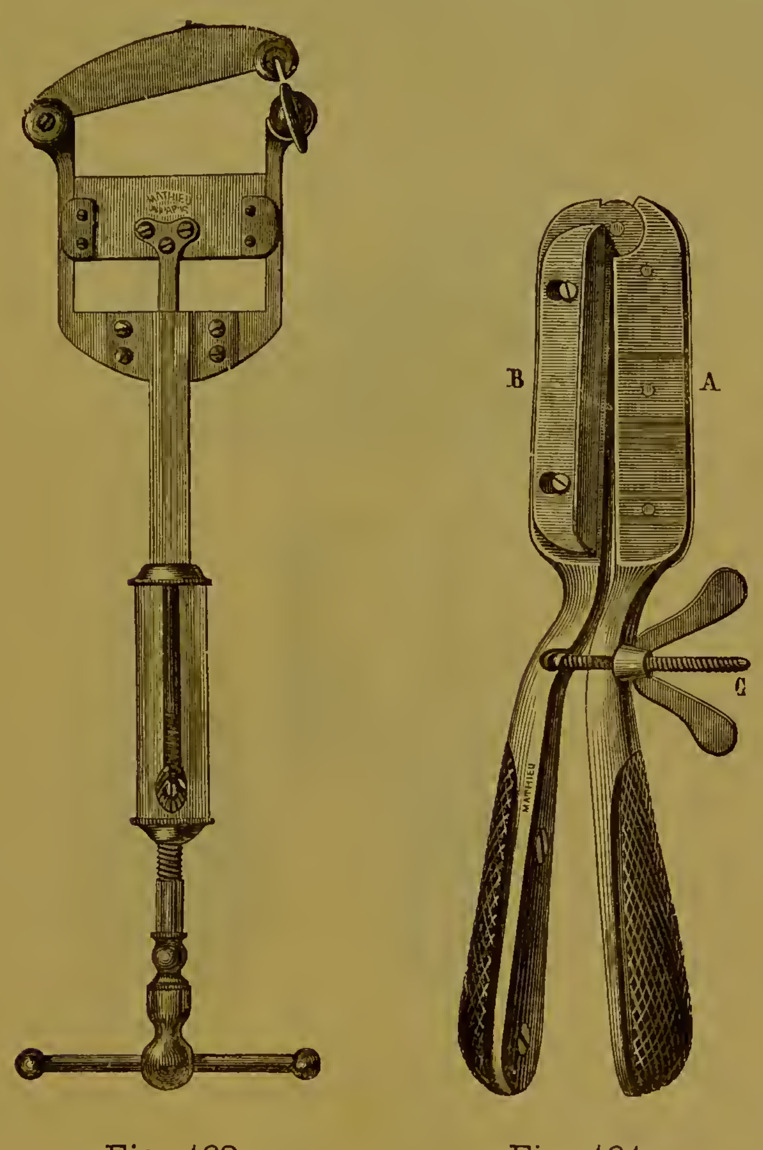


Fig. 163.
Cepo del Dr. Péan.

Fig. 164.
Cepo de Baker-Brown.

pues ejerce la compresión del pedículo paralelamente, y está además provisto de espesas chapas de marfil para proteger las las partes circunvecinas del pedículo, de la acción del cauterio potencial.

El grabado 164 representa el cepo de Baker-Brown; es inge-

nioso y se articula á la manera de los cefalotribos, pudiendo ejercer así una presión fuerte sobre el pedículo, con poca molestia para el operador.

En varias ovariotomías é histerectomías que hemos visto practicar á M. Péan, este cirujano colocaba dos agujas largas atravesadas en cruz en la porción libre del pedículo, y por en-

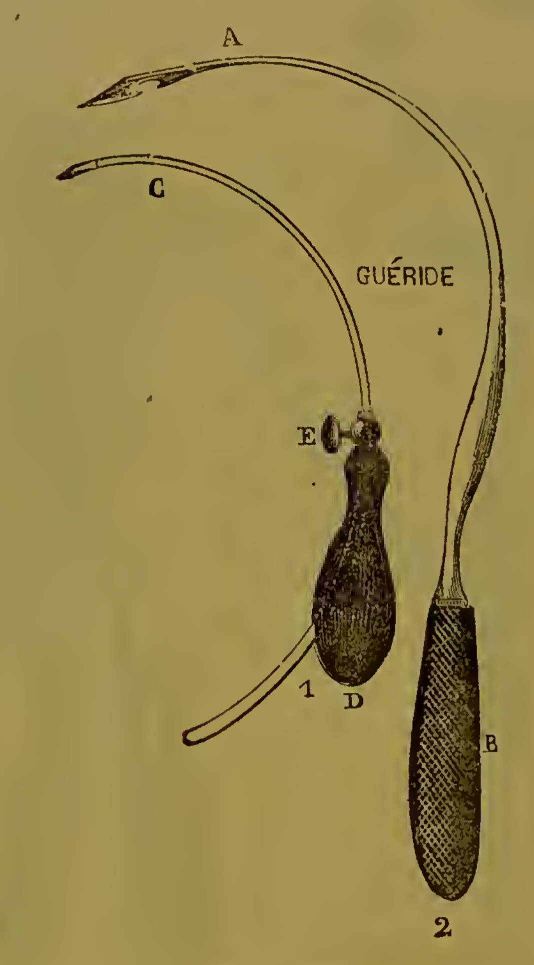


Fig. 165.

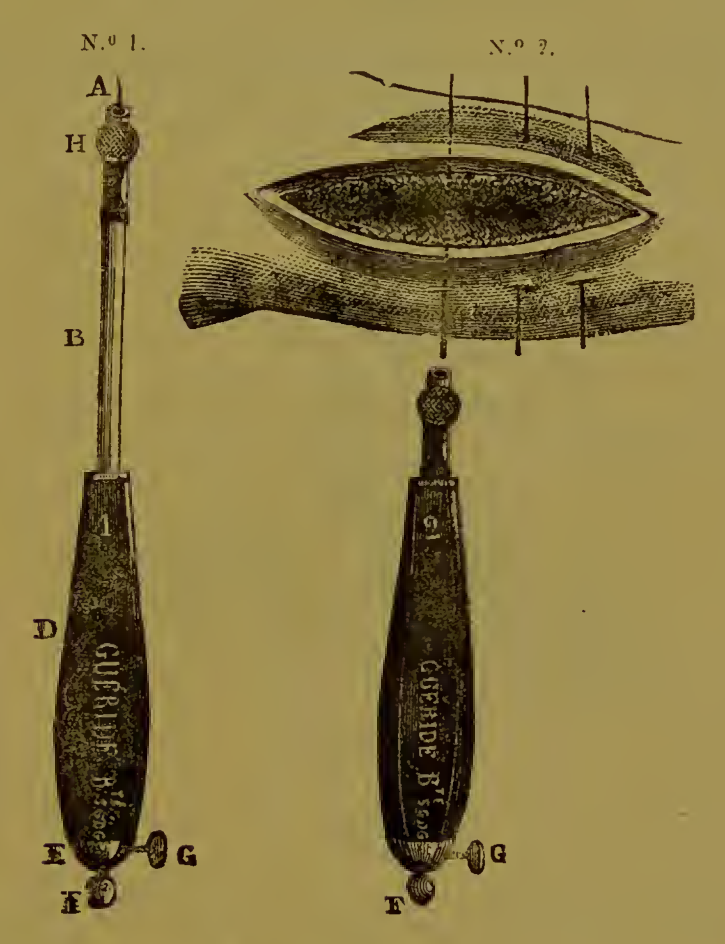
Modelo de la aguja que usa el Dr. Péan para suturas profundas de los labios de la herida abdominal.

cima de ellas aplicaba el cepo, con el objeto de evitar que gangrenándose el muñon en el punto comprimido por el cepo, llegase á desprenderse y caer en la cavidad abdominal.

QUINTO TIEMPO.—*Limpieza del peritoneo: unión de los bordes de la incisión abdominal.*—Una vez que el tumor haya sido extraído completamente, y la *toilette* del peritoneo esté hecha

con toda minuciosidad, pues los casos de peritonitis consecutiva á esta operación se hallan en razón directa de la cantidad de líquido derramado sobre la superficie de la serosa impregnada, deberemos proceder á la sutura de la herida abdominal.

El Dr. Péan aconseja que se efectúe de arriba abajo, esto es, del ombligo al púbis, practicando alternativamente una sutura profunda y otra superficial.



Figs. 166 y 167.

Propulsor de Cintrac.

Las primeras deben comprender el peritoneo y son practicadas con hilos de plata muy finos que pasamos con ayuda de la aguja curva representada en la figura 165.

Las suturas superficiales, sólo deben comprender la piel. Para practicarla es conveniente servirnos de alfileres muy finos, y como que el espesor de los tejidos que tiene que atrave-

sar es bastante considerable, sucede á menudo que los alfileres se tuercen antes de haber atravesado los tejidos.

Para remediar este inconveniente, podemos servirnos del instrumento que representan los grabados 166 y 167, llamados *propulsor* ó *empuja-alfiler*, de Cintrat.

Este instrumento se compone de un mango resistente D, en el que se encaja una espiga cilíndrica y hueca B, para recibir el alfiler A.

Mr. Kœberlé usa una sutura que no interesa el tejido celu-

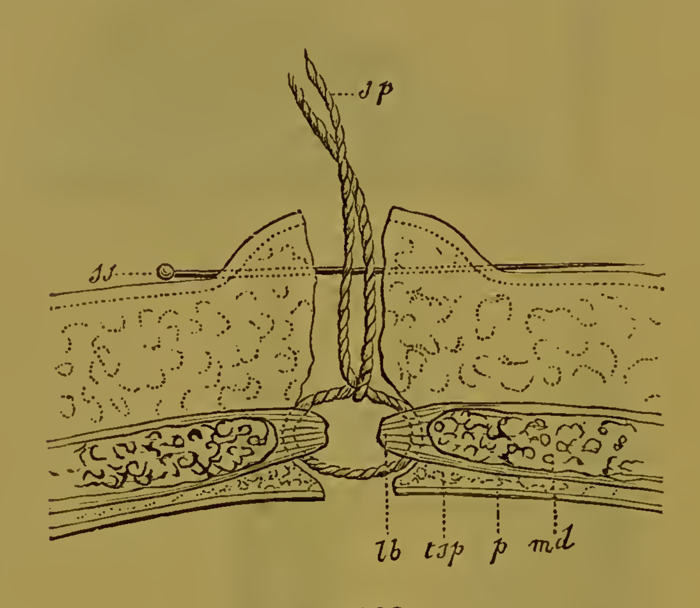


Fig. 168.

Procedimiento de M. Kœberlé para saturar la herida abdominal.

lar, comprendiendo solamente los tejidos fibrosos de la línea blanca (véanse los grabados 168 y 169). El nudo se aprieta enérgicamente, como también las extremidades del hilo torcido, sacándolas luego hacia el exterior.

Péan usa hilos de seda para practicar las suturas profundas; introduce la aguja oblícuamente en el espesor de la pared abdominal á un centímetro y medio de distancia de la línea de sección, de manera que el hilo no interese tampoco el peritoneo.

Una precaución muy importante consiste en nivelar con re-

gularidad los diversos planos correspondientes á los labios de la herida y de no emplear hilos ni alfileres muy gruesos, como tampoco en gran número, pues suelen provocar accesos que, á la par que son dolorosos, retardan considerablemente la curación definitiva.

Hasta estos últimos años se ha fijado el pedículo de los his-

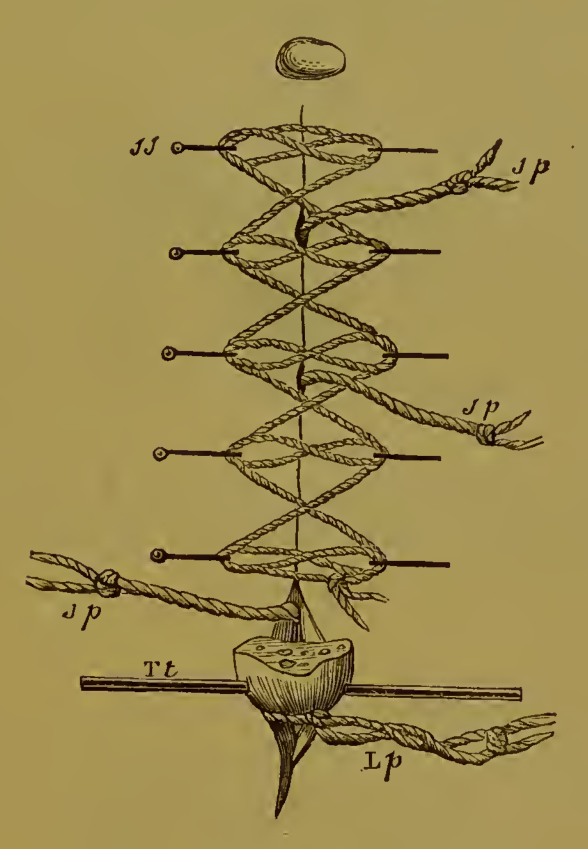


Fig. 169.

Sutura abdominal superficial y profunda, según el procedimiento de M. Kæberlé.—ss. Sutura ensortijada superficial.—sp. Disposición de los hilos de la sutura profunda á lo largo de la línea de reunión.—Tt. Espiga transversal interesando el pedículo Lp.

teromas operados por gastrotomía, como también los pertenecientes á quistes del ovario, en el ángulo inferior de la incisión abdominal.

Sin embargo, esta práctica de dejar el pedículo en la parte inferior de la herida abdominal, no es hoy día seguida por la mayor parte de los cirujanos, y adoptan otro método el cual consiste en reducir el pedículo en el interior de la cavidad pe-

ritoneal, permitiendo así, que la reunión inmediata tenga lugar abreviando, por lo tanto, el tiempo que tarda en efectuarse la cicatrización.

Vemos con gusto que en las últimas operaciones de histerotomia hechas por M. Péan, sigue este cirujano la misma conducta con respecto al pedículo, pues lo amarra con catgut,

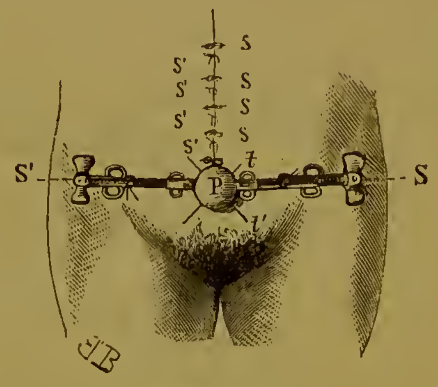


Fig. 170.

Posiciones respectivas de los aprieta-nudos SS'.—Tt' Agujas colocadas en forma de cruz sobre el pedículo P.—P. Pedículo constituido por el cuello del útero.

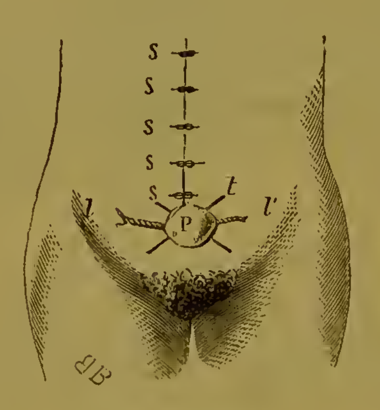


Fig. 171.

Representa el mismo caso anterior sin las ligaduras de Cintrac.

abandonándolo desde luego á la cavidad peritoneal. Cuando el pedículo es muy ancho se puede temer la caida de la ligadura y, como es natural, la producción de una hemorragia en el peritoneo; en este caso se puede dividir el pedículo en muchas partes y colocar en cada una de ellas una ligadura con el catgut, abandonándolas luego, en conjunto, en el vientre. De este

parecer son mis distinguidos compañeros los Sres. Terrier, Lucas Championnière, Perrier, Tillaux, Péan y Labbé.

Cuidados consecutivos.—Una vez reunida la incisión abdominal en toda su extensión, se pasará una doble cintura de franela, alrededor del cuerpo de la enferma, y además se colocará una capa regular de algodón en rama, para ejercer por medio de una faja de algodón, cierto grado de compresión sobre las paredes abdominales.

El objeto de esta compresión es de reforzar la sutura para impedir varios accidentes que podrían sobrevenir si se presentasen los esfuerzos del vómito, tan comunes después de la administración del cloroformo, y al mismo tiempo para disminuir las probabilidades de hemorragia, siempre y cuando alguna parte de la superficie del peritoneo hubiese quedado en mal estado.

En el segundo día que sigue á la operación, Péan aconseja la aplicación de una sutura seca colodionada, y para ello coloca hilos fuertes paralelamente á la incisión, y los hace untar con colodión.

Los hilos, sólidamente fijos, son amarrados entre ellos, obteniendo así un aparato de contención de los más poderosos. Si algún síntoma viene á hacernos sospechar la posibilidad de una peritonitis, se aplicarán constantemente sobre el vientre vejigas de hielo.

El régimen, es uno de los cuidados consecutivos que merecen llamar más la atención de los prácticos. Durante el primer día se debe sujetar á las enfermas á una dieta casi completa, pues de este modo alejaremos muchísimo los frecuentes deseos que tienen de vomitar.

Se las sondará cada tres ó cuatro horas y procuraremos que la temperatura del cuarto sólo oscile entre 20° y 24° C.

A la noche siguiente, Péan suele otorgar á sus operadas ciertos alimentos líquidos, como leche, caldo y alguna dósis de aguardiente ó ron para apagar la sed de las enfermas.

Si los dolores se hacen sentir en el abdómen, suele hacer aplicar un supositorio con cuatro centígramos de morfina.

Durante el segundo día suele presentarse la fiebre de reacción y administra el sulfato de quinina á pequeñas dósis.

Cuando los vómitos persisten será conveniente la administración de pequeños fragmentos de hielo, tragados, dejando pasar poco tiempo de un pedazo á otro.

En los casos en que la histerotomía parece terminarse favorablemente, la fiebre baja con rapidez del cuarto al quinto día, siendo ese el momento en que las enfermas piden con mayor insistencia la alimentación sólida.

APÉNDICE

JUICIOS CRÍTICOS

Dedicados por varios periódicos al FOLLETO que bajo el título

— DE —

PRECEPTOS HIGIÉNICOS

QUE DEBE OBSERVAR LA MUJER DURANTE EL

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO,

Escribió en 1882, 1885, 1886, 1887 y 1889

D. F. VIDAL SOLARES

Doctor en Medicina y Cirugía

de las Facultades de Madrid y Paris, etc., etc.

Esta obra, tan recomendable por tratar de una de las secciones más interesantes de la Higiene, se halla dividida en cuatro partes. La primera, comprende los signos que caracterizan el embarazo; la descripción de los diversos órganos generadores de la mujer; el estudio completo de la pélvis y los diversos medios de exploración obstectrical.

La segunda parte, importantísima bajo todos conceptos, trata de la higiene de la mujer embarazada y de los trastornos que pueden sobrevenirla respecto de los aparatos digestivo, circulatorio y de la inervación; comprende además, las diversas lesiones de las secreciones y y excreciones, las enfermedades de la vagina y las que toman asiento en el cuello de la matriz; las enfermedades de la piel; las dislocaciones de la matriz; del aborto y medios de precaverlo, y por último, la descripción de las enfermedades diatésicas y esporádicas. En la tercera parte, da el autor los preceptos higiénicos que deben seguirse durante el parto, enumerando las causas y fenómenos fisiológicos del mismo, los cuidados que deben propinarse á la parturiente y los fenómenos mecánicos del parto, describiendo concisamente y con claridad, á la vez, las diversas presentaciones del feto; termina esta parte, con la descripción del feto de todo tiempo y del alumbramiento, explicando extensamente los principales cambios de textura y nuevas propiedades del útero grávido.

En la cuarta parte, trata del estado puerperal fisiológico y describe los entuertos, los líquidos de la secreción láctea, y por último, da reglas para la buena higiene de la puérpera citando los cuidados que requiere la mujer después del parto. El lenguaje sencillo, claro y ameno

usado por el Dr. Vidal Solares en el decurso de su obra; más, la llaneza de sus consideraciones científicas hace que su obra sea bien recibida del público, pues el autor huye de todo tecnicismo. La tercera edición de los «Preceptos higiénicos sobre el embarazo, parto y puerperio», está enriquecida con 75 grabados intercalados en el texto, los cuales dan una importancia grande á la última producción del ilustrado tocólogo que ejerce su delicada profesión en la ciudad condal. Felicitamos cordialmente al Dr. Vidal y le animamos para que prosiga con esa actividad tan laudable de ilustrar el pueblo por medio de sus consejos higiénicos. Terminaremos esta reseña aconsejando á los matrimonios, á las mujeres embarazadas y en particular á las comadronas, la adquisición del opúsculo citado.—A. Carbó.

No hay para que hacer elogios del trabajo del Dr. Vidal Solares, uno de nuestros comprofesores más conocidos por su incansable actividad y por su laboriosidad sin límites.

Su notabilísima monografía acerca de *La difteria, oportunidad y conveniencia de la traqueotomía en la forma crupal* (premiado con medalla de oro por la Academia de Jerez, su *Contribución al estudio de los tumores fibrosos del útero*, su *Memoria sobre los caracteres histológicos y clínicos diferenciales entre el epitelioma, el lupus y el cáncer ulcerado, etcétera, etc.;* (premiado por la Real Academia de Medicina de Madrid), son trabajos que por sí solos revelan al hombre de ciencia, de profundos conocimientos y de amor siempre creciente al estudio.

Pero no solamente en estos trabajos serios y escritos para provecho de la ciencia descuella el Sr. Vidal Solares, sino que dedica su inteligencia á otros de utilidad general, y que tienden á llevar al seno de la familia aquellos consejos higiénicos que garantizan su salud, y pueden evitar verdaderos males. El trabajo de que nos ocupamos, si bien está escrito expresamente para la clase médica, tiene una primera parte que comprende la higiene, el régimen, los vestidos, los antojos y el ejercicio, que debiera ser conocida por toda mujer embarazada, para llevar á feliz término el fruto de la concepción y evitar un grupo de causas que suelen ser con frecuencia motivos de abortos ó de partos prematuros.

En la segunda parte trata de los accidentes del embarazo, del aborto, de los medios de precaverle, de la higiene del parto, de los cuidados que requiere la mujer en el puerperio y de la secreción láctea. De todos estos asuntos se ocupa el autor con brevedad, pero muy claramente, pudiendo, los capítulos que á ellos se refiere, leerse con mucho provecho, pues que son un resumen completísimo de cuanto es preciso saber al comadrón, al lado de una mujer embarazada y después que el parto se ha efectuado.

Esta clase de trabajos son, á nuestro juicio, de mucho valer; pues que no pueden hacerse sin un profundo conocimiento de la materia de que se trata, y porque son de utilidad suma para el práctico, que en pocas páginas encuentra condensado lo que en muchas obras está escrito.

Nuestra enhorabuena al Sr. D. Francisco Vidal Solares por esta su última producción Dr. J. M. Mariani, Médico de número del Hospital de Madrid.—(In. núm. 29 de los *Anales de Obstetricia, Ginecopatía y Pediatría)*.

El Dr. D. Francisco Vidal Solares ha publicado un tratado de preceptos higiénicos, especialmente consagrado á las señoras y á las funciones de su sexo, que merece la atención del profesorado y de las señoras estudiosas, viniendo á dar á conocer más y más la justa reputación que goza por las publicaciones anteriores hechas en París, y muy especialmente por la reseña médico-quirúrgica de la Exposición de París en 1878.—*(La Unión*, núm. 80).

Acabamos de recibir el libro que nuestro distinguido amigo doctor D. Francisco Vidal Solares ha publicado en Barcelona. Lo hemos leído detenidamente, y tanto en esta publicación como en otras suyas, hemos encontrado siempre la simplicidad, claridad y precisión que requieren semejantes escritos, mayormente cuando van dedicados al pueblo.

Hállase ampliada con nociones científico-prácticas la higiene del embarazo, parto y puerperio, y nosotros creemos que ha tenido el mejor acierto, en el propio intento, puesto que era difundir los conocimientos relativos á las clases populares. Nosotros le congratulamos sinceramente, dándole, además, cordiales gracias por la actividad que adopta para la educación higiénica del pueblo.—*(Revista italiana di terapia é higiene*, núm. 2, 1883).

Hemos recibido el trabajo del Dr. Vidal Solares, de Barcelona, escrito acerca de una de las partes más importantes de la Higiene, ó sea *Preceptos higiénicos durante el embarazo, parto y puerperio*, estados los tres donde más especialísimos cuidados exige el régimen de la mujer, por ser los que más caracterizan la manera en que se halla constituída la organización del sexo femenino, destinado por la naturaleza á verificar los más importantísimos actos de la reproducción humana, y si es verdad que la higiene como ciencia descriptiva, es de suma necesidad, su difusión y estudio por todos y cada uno de los individuos que han de formar el organismo social, para que por medio de

sus aforismos se preserven de las causas morbígenas productoras de la innumerable serie de enfermedades á que se halla expuesta constantemente la organización humana, y que pide con imperiosa voz el que esta ciencia, no sólo sea conocida por esa parte tan importante y necesaria del cuerpo social, ó sea por los que nos dedicamos á la noble misión de asistir á la humanidad en sus dolencias, si que por el contrario, debe organizarse su enseñanza para el todo ó parte de la humanidad, sino en toda su extensión, al menos en la que tiene de preceptiva, para de este modo conseguir una gran disminución de las afecciones que tienden constantemente á minar el edificio humano, destruyendo uno á uno los individuos que la forman; pues si esto que dejamos sentado es una verdad de las que no necesitan demostración, á la manera que lo son los axiomas en matemáticas, tanto más verdadero será en aquella parte de la *higiene* que se ocupa del régimen á que debe someterse la importantísima función *generatriz* de otros *organismos;* y sobre asunto tan importante viene á llenar un grave vacío el libro del Sr. Vidal Solares que tenemos á la vista, el cual, al par que reuniendo gran número de preceptos higiénicos sobre tan notable punto de la ciencia, está escrito con la pluma que caracteriza á tan elegante y castizo publicista médico; cuya obra recomendamos á nuestros lectores, y sobre todo á los que hayan contraído matrimonio, á fin de que con su lectura y estudio eviten hasta donde alcanza la higiene, el que sus esposas se vean acometidas de cualquiera de los padecimientos que suelen acompañar á los tres actos señalados, terminando estos breves apuntes dando las gracias al autor por el favor que nos ha dispensado, remitiédonos dos ejemplares de tan notable y útil obra.—*(In Semanario Farmacéutico*, núm. 9 de 1882).

Hemos leído un pequeño libro en 8.º, que ha visto la luz debido á la fecunda pluma del Dr. D. Francisco Vidal Solares y cuyo título arriba llevamos apuntado. En toda la obra se ve el sello práctico que le ha impreso su autor y que siempre es el más conveniente para esta clase de Memorias.

El autor, en tan pequeño espacio, ha recopilado toda la higiene de la mujer, que por su nuevo estado va á cumplir con una nueva misión, la más noble é importante de las que la han dotado la naturaleza.

El lenguaje claro y lo conciso de sus consejos hace que su lectura sea amena y su comprensión esté al alcance de todas las inteligencias; doble motivo que hace recomendable su lectura, no sólo al médico, sino también para nuestras matronas, que ellas son muchas veces las encargadas de dirigir la salud de una embarazada.

En dos partes divide el Sr. Vidal Solares el contenido de su librito,

en la primera estudia la higiene de la mujer embarazada, dando al mismo tiempo los consejos necesarios para preparar á la madre, con el objeto que desempeñe convenientemente la función de la lactancia.

En la segunda parte estudia con alguna más detención los accidentes del embarazo, la influencia que pueden ejercer algunas enfermedades en el curso y terminación del mismo, explicando á continuación la conducta que debe observar el comadrón en presencia de una mujer que cree va á abortar ó que es llegada la hora de parir.

Termina el autor su obra dando las reglas más precisas que hay que observar durante el puerperio.—EUSTASIO SENA GIMENO. —*Crónica Médica* de Valencia, 5 de Agosto de 1883).

Divídese esta obrita en dos partes. La primera comprende los cuidados que necesita toda mujer embarazada para llevar á feliz término el fruto de la concepción, dando al mismo tiempo los consejos necesarios para preparar la madre, con objeto de que desempeñe convenientemente la noble función de la lactancia, tratando, especialmente del régimen, de los vestidos, los antojos y del ejercicio.

En la segunda parte de su trabajo, el Dr. Vidal se ocupa de los accidentes del embarazo. Se detiene el autor en la acción curativa que ejercen las inhalaciones de oxígeno sobre el fenómeno vómitos. Sea cual fuere su causa, los vómitos cesan á las pocas sesiones de inhalación, y definitivamente, si no existe lesión orgánica del estómago. Tratándose de una enfermedad tan rebelde como la que nos ocupa, y de un medio comprobado por nuestro comprofesor en varios casos, merece realmente llamar la atención de los prácticos hacia el mismo.

Ocúpase, en fin el Dr. Vidal de todas las afecciones que se presentan durante el curso de la gestación, incluso de las enfermedades diatésicas y de las esporádicas, como también de la naturaleza de la fiebre de la leche y de la regresión uterina.

El lenguaje usado por nuestro distinguido compañero es conciso, claro y ameno; su obra, por lo tanto, la consideramos de gran utilidad. Felicitamos, con tal motivo, á tan laborioso comprofesor.—DR. A. —(*Enciclopedia Médico-Farmacéutica*, núm. 2, de 1883).

Mulier est id quod est propter solum uterum, dice un aforismo bien conocido de todos los médicos y sancionado por la experiencia de todos los tiempos. Realmente, la mujer, así en lo físico como en lo moral, vive sujeta invariablemente á las evoluciones, trastornos y manera de ser de la matriz, de esa entraña que no solamente da el tono á su personalidad, sino que viene á ser como el regulador inflexible de la existencia femenina y el centro en el cual se fraguan los motines y aso-

nadas que á veces estallan en su organismo y se traducen en toda suerte de choques ó perturbaciones.

Esta influencia decidida, indubitable y por nadie puesta en tela de juicio, que la matriz ejerce sobre el delicado organismo de la más bella mitad del género humano, puede observarse en todas las épocas de la vida, desde que en él se insinúan los trabajos preliminares de la más trascendental de las funciones periódicas, hasta que habilitándose por grados, acaba por extinguirse y borrarse para siempre la vitalidad uterina. Hay sin embargo, un período en la vida de la mujer, en que esta influencia aparece más de relieve y con tendencia á exagerarse y hacerse en ocasiones poco avasalladora y tiránica, hasta hacer sentir todo el peso de su poderío en todo el territorio que constituye la entidad orgánica de la mujer.

Este período es aquel en que ésta, sin perder su personalidad se refunde en una entidad moral y física nueva de todo punto; es aquel en que la mujer vislumbra ya en lontananza los primeros resplandores de la maternidad.

Este período es el que ha elegido nuestro estimado amigo, el ilustrado profesor Dr. Vidal Solares, para materia de estudio, exclusiva en la obrita cuyo título se lee á la cabeza de estos renglones.

El distinguido tocólogo tiene harto acreditada su pericia y acierto en esta rama importantísima de la ginecología, y de la tocología, para que sea esta ocasión de repetir aquí lo que ya otra vez hemos estampado, al ocuparnos en anteriores publicaciones científicas del mentado profesor.

Ciertamente que no es este el primer libro que se publica en España, en cuyas páginas se hallan descritos y resumidos los accidentes y molestias capitales que puedan asaltar á la mujer durante su gestación, no menos que durante el parto y en el período puerperal; y como estos accidentes y estas molestias no han sufrido modificaciones esenciales en el decurso de los tiempos, y sí tan solo cambios accidentales por razón del género de vida, manera de vestir, etc., propias de cada generación y de cada raza; de aquí que el asunto no es de aquellos que realmente atraen y seducen por la novedad del enunciado.

Mas si no por este concepto, en cambio por el de la utilidad real que las acompaña, desde luego cabe afimar que brillan en primera línea de las páginas del libro del Dr. Vidal Solares, acabado ramillete de preceptos y de consejos higiénicos que debieran tener siempre á la vista las mujeres que poseen ya, ó que aspiran al envidiable título de madres.

Con perfecta claridad y pleno conocimiento de causa estudia el autor uno á uno los accidentes, las perturbaciones fisiológicas y las incomodidades, que arrancando desde el momento de la concepción del

nuevo ser, suelen seguir y desarrollarse en incesante *crescendo* hasta el momento de su aparición feliz, ó malaventurada en el mundo de los vivos. En el número de esas incomodidades figura, en primer término, el vómito que llega á hacerse pertinaz y matador en algunas embarazadas. Sin duda por esta gravedad, que en ocasiones puede revestir tamaño trastorno, ó tal vez atento á la frecuencia con que suele presentarse en el curso del embarazo, dedícale el Dr. Vidal Solares una atención preferente, mereciendo citarse en este capítulo el procedimiento que podríamos llamar de última hora, para combatir el vómito, lo cual consiste en dar á la embarazada inhalaciones de oxígeno.

Por la novedad y sobre todo para que llegue á noticia de todos la eficacia del procedimiento, ó recurso en cuestión, nos permitiremos copiar del libro del Dr. Vidal la relación de un caso de curación, entre otros que cita, del vómito en el estado de gestación. Dice así:

«La primera enferma pidió nuestra asistencia médica á mediados de Diciembre de 1881; había parido dos veces, y experta ya en los contratiempos de la gestación, no dió importancia en un principio á los vómitos. Trató de corregirlos, según las indicaciones de los que la rodeaban, y no obteniendo con ellas, en quince días, el menor resultado, decidió ponerse en nuestras manos. A la primera visita formulamos pronóstico grave; apelamos á los medios aconsejados en esos casos, pero todo sin el menor éxito; preparados opiáceos, ya en píldoras, ya en inyecciones hipodérmicas, ya en enemas (12 gotas de láudano, dos veces al día), hielo *intus* y *extra*, todo fué inútil.

»Nuestra enferma arrojaba cuanto se le propinaba: al menor movimiento que hacia vomitaba.

»El grado de extenuación era tal, que parecía más bien un esqueleto que un cuerpo animado.

»Indicamos á la familia el estado gravísimo de la paciente, y la dijimos que recurríamos á la última indicación con objeto de salvarla, cual es la cauterización del cuello de la matriz, y si esta no bastaba, provocar el parto prematuro (la gestación era de siete meses). Conformes todos con esa determinación, ocurriósenos utilizar las inhalaciones de oxígeno, que recordamos haberlas utilizado nuestro particular amigo M. Pinard, agregado de la facultad de medicina de París.

»En efecto, hicimos trasportar el aparato Limousin á casa de la paciente, y con grandísima admiración nuestra, observamos que aquel cuerpo inerte iba recobrando la vitalidad perdida, con las inhalaciones de oxígeno.

»En la primera sesión respiró 10 litros de oxígeno y en la segunda 20. La leche que le propinamos era entonces bien tolerada por su cansado estómago. A los dos días empezó á tomar alimentos semi-sólidos, y á los veinticinco días, después de la primera inhalación, tuvimos el

gusto de verla en nuestro gabinete, completamente restablecida. Su parto, á término, se verificó sin el menor contratiempo».

Mucho más podriamos decir de la última publicación del Dr. Vidal Solares; pero, después de lo que hemos apuntado, creemos escusado todo elogio, y nada mejor podemos hacer sino recomendar su lectura á las madres de familia, así como á las jóvenes que hayan contraido el indisoluble lazo.—Dr. E. Gelabert.—(*Crónica de Cataluña*, Enero 13 de 1883).

Nuestro querido é ilustrado colega profesional y periodístico, el sabio higienista cubano, D. F. Vidal Solares, nos ha remitido dos ejemplares de la tercera edición de su notable obra titulada como encabezamos estas líneas.

Este utilísimo trabajo lo divide el autor en cuatro partes. En la primera se ocupa desde los signos que caracterizan el embarazo, describiendo todos los órganos de la mujer que toman parte en la gestación al mismo tiempo, hasta los diversos medios de exploración que puede emplear el profesor para asegurarse del estado de ocupación de la matriz.

En la segunda parte trata con gran detenimiento, de la higiene de la mujer embarazada, sin olvidar un detalle siquiera, ocupándose luego de las enfermedades, complicaciones y lesiones que pueden sobrevenir durante la preñez, cuyos asuntos resuelve perfectamente conforme con los actuales progresos de la ciencia.

La tercera parte, empieza enumerando los cuidados higiénicos que han de observarse en el momento del parto, los auxilios que debe prestar el profesor á toda parturiente; describe luego con detención todos los fenómenos que pueden ocurrir durante el parto; se ocupa del modo de recojer el feto, y concluye tratando del alumbramiento y del cambio de textura y nuevas propiedades del útero grávido.

Por último, en la cuarta parte trata de todos los fenómenos consecutivos al parto y de la higiene de la puérpera.

La obra ha sido editada con lujo, y está adornada con multitud de excelentes grabados intercalados en el texto.

Por la suscinta relación que de ella hemos hecho, comprenderán nuestros lectores la importancia que tiene, no sólo para el médico sino hasta para las señoras, la obra del Dr. Vidal Solares, á quien sinceramente felicitamos.

Los pedidos pueden hacerse al mismo autor, calle de Vergara, 12, Barcelona.

Su precio es de tres pesetas.—(Núm. 59 de *El guía de la salud.*)

De otra producción del erudito publicista Dr. Vidal Solares vamos hoy á ocuparnos, si bien de una manera asaz somera, siquiera para dar á conocer á nuestros lectores la existencia de un librito en el cual se hallan condensadas cuantas instrucciones son menester, ó sean los preceptos higiénicos que conciernen á la mujer en los diversos periodos de embarazo, parto y puerperio.

Aunque la obrita de que nos estamos ocupando, parece escrita para instrucciones populares, creémosla, no obstante, útil al médico, por cuanto en ella encontrará resumidas muchas indicaciones que en tales estados hay que llenar, y podrá ahorrarle, en más de una ocasión, tener que consultar voluminosas obras.

Además hay en dicho opúsculo algunos asuntos de verdadera novedad, tal por ejemplo, el tratamiento y feliz resultado de dos casos de vómitos incohercibles, en dos distintas embarazadas por medio de las inhalaciones de oxígeno, con el aparato de Limousin, del cual van representados los grabados, como así los que representan el dilatador de Chassagny, para el tratamiento de las hemorragias en los primeros meses del embarazo, los cinteros para las dislocaciones del útero, y los de Mathieu para evitar el aborto, lo cual hace del último trabajo del distinguido ginecólogo un libro sumamente recomendable y por el cual felicitamos al autor.—JAQUES.—*(Revista de ciencias médicas)*.

GRAN FOLLETO.—Hemos recibido, con atenta y fina dedicatoria, que agradecemos infinito, un excelente folleto, que más bien es un libro, con muchos y bien hechos grabados, que se titula: *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*, debido á la elegante pluma del distinguido doctor D. F. Vidal Solares, bien conocido ya en el mundo médico por sus muchas y valiosas producciones. Aun no hemos tenido tiempo de leerlo, pero el nombre de su autor es suficiente garantía para comprender su importancia.—(*Siglo Médico*, Noviembre 7 de 1885).

Este interesante folleto, dedicado con preferencia al bello sexo, es de gran utilidad para alumnas y matronas, como indica su autor, por que en él sintetiza de una manera clara todos los conocimientos que se refieren á dicha especialidad, basados en su larga práctica, facilitando de esta manera todo lo verdaderamente útil que tiene aplicación directa en el ejercicio de la ginecología; y muy particularmente proporciona datos del mayor interés á la mujer que ha de ser madre, relativos á los preceptos higiénicos que debe guardar durante el periodo de la gestación, parto y puerperio, y al médico las diferentes indicaciones que reclaman los accidentes que suelen presentarse en estos tres estados de la mujer.

En la primera parte y en cuatro capítulos diseña todo lo relativo al embarazo y su diagnóstico, exploración, mensuración, etc.

En la segunda y tercera parte estudia la higiene de la mujer embarazada, la higiene del parto y describe el feto de todo tiempo, terminando con la higiene del puerperio.

No necesitamos encomiar la importancia de este folleto, pues él solo basta para ello; su autor ha sabido reunir en poco volumen todo lo verdaderamente útil, sin que falte nada de lo necesario en esta materia, facilitando el estudio de los distintos puntos que comprende, con 75 láminas litografiadas. Bien quisiéramos ocuparnos con más extensión de esta obrita, digna de estudio por todos conceptos, pero la índole de nuestro periódico no lo permite. Nuestra enhorabuena al doctor Vidal Solares, tan ventajosamente conocido por sus trabajos de obstetricia y pediátricos.—Dr. Carralero.—*(Archivos de Medicina y Cirugía de los niños*, Madrid).

Se ha publicado la tercera edición de los *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*, por el Dr. en Medicina y Cirugía de las Facultades de Madrid y París y profesor libre de obstetricia D. F. Vidal Solares, socio de distinguidas corporaciones médicas. Esta edición, refundida y aumentada sobre las anteriores, ilustradas con más de setenta grabados, contiene todo lo que la mujer en estado interesante y al salir de él debe observar para llegar á feliz término y restablecimiento, siendo al par la obra de mucho interés para las comadronas y para los cursantes que comienzan los estudios de obstetricia desde los signos de la gestación y las exploraciones hasta las más sencillas prevenciones sobre los alimentos, vestidos y olores, desde las más sencillas lesiones de la inervación y la digestión hasta las más serias, hasta las enfermedades diatésicas y las presentaciones fetales más graves, los capítulos de la nueva obra del Dr. Vidal Solares abarcan en conciso y claro resúmen cuanto debe tenerse en cuenta en los casos en que en estos estados se halla la mujer. Entre los numerosos puntos que resaltan así por los adelantos modernos, como por la gravedad se nota el tratamiento de los vómitos incoercibles de las embarazadas por las inhalaciones de gas oxígeno, fáciles de practicar ya en esta ciudad de algún tiempo acá, por medio del aparato Limousin, representado en esta obra por dos grabados. Varias estadísticas y algunas fórmulas corroboran el contexto en varios artículos: notamos también el calendario de la gestación, el cuadro de sus signos clasificado por el método del Dr. Pajot, el sinóptico del tratamiento de la metrorragia en la gestación y otros varios.

La obra del Dr. Vidal es digna de ser recomendada como decíamos

por su utilidad; así á las pacientes y á las personas de la familia que cuiden de ellas, padres, esposos, sino también á las comadronas y á los escolares que empiezan sus estudios de obstetricia Dr. N. Roca.— (*Publicidad*, Octubre 1886).

Si los publicistas médicos dedicasen su actividad y talento á difundir los conocimientos que pueden, sin inconveniente ser del dominio público, llegaría sin esfuerzo el día en que la higiene se hubiera hecho dueña de la humanidad y la medicina preventiva ahorraría trabajo y camino á los hombres de ciencia. Así pensamos cada vez que el doctor Vidal Solares nos da á conocer alguna de sus obras. Es la presente la que titula *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*, obrita excelente é hija del talento y práctica que en la especialidad posee su autor. La tercera edición de la obra dice en su favor cuanto nosotros decir pudiéramos y de buen grado le reconocemos un doble valor; como de higiene para el vulgo, para la mujer á quien va dirigida; como manantial de buenos consejos para el práctico que constantemente se ve consultado por las señoras á quienes preocupa su estado.

Con decir que hemos recomendado su lectura á personas que nos son muy afectas, creemos decirlo todo y en el seno de nuestra especialidad, dado nuestro modo de pensar, hemos de seguir recomendándola.

Agradecemos al Dr. Vidal y Solares el ejemplar que nos dedica y le deseamos el éxito que merecen sus esfuerzos.—(*Clínica de Navarra*, número 76).

Nuestro distinguido y simpático compañero de Barcelona el doctor F. Vidal Solares, acaba de publicar una obra muy interesante sobre los *Preceptos higiénicos que deben observarse antes y después del parto* (3.ª edición), la cual nos apresuramos á darla á conocer á nuestros lectores.

El autor, alumno del profesor Pajot ha tratado y resumido, de una manera clara y precisa, el régimen higiénico que deben seguir las recién paridas, los vestidos que deben llevar, los cuidados de limpieza que deben proporcionárselas, los alimentos que pueden utilizar, los ejercicios saludables que pueden convenirlas: dichos preceptos son hijos de la experiencia práctica del autor y del gran estudio que sobre la especialidad ha hecho. El mejor encomio que puede hacerse de esta obra, es la rápida venta de las anteriores ediciones, por cuyo motivo auguramos un legítimo triunfo respecto á la tercera edición.—*L' higiene pratique*, núm. 235, 25 Julio, 1886).

Se ha publicado la cuarta edición de los *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio»*, obra debida á la elegante pluma del ilustrado tocólogo el Dr. D. Francisco Vidal Solares, profesor libre de obstetricia.

El Dr. Vidal ha logrado con sus excelentes trabajos profesionales, conquistarse un nombre que hoy día no es solo conocido en Barcelona, sino que en el extranjero es respetado.

La obra á que aludimos es útil á las madres de familia, á las comadronas y aun á los estudiantes de obstetricia que quieran conocer la asignatura en su parte elemental, antes de profundizar en su estudio. (*Noticiero*, Enero 4, 1889).

Se ha publicado la cuarta edición de los *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio* por el doctor en Medicina y Cirugía de las Facultades de Madrid y París y profesor libre de obstetricia, don F. Vidal Solares, socio de distinguidas corporaciones médicas. Esta edición, refundida y aumentada sobre las anteriores, ilustradas con más de noventa grabados, contiene todo lo que la mujer en estado interesante y al salir de él debe observar para llegar á un feliz término y restablecimiento, siendo al par la obra de mucho interés para las comadronas y para los cursantes que comienzan los estudios de obstetricia. Desde los signos de la gestación y las exploraciones, hasta las más sencillas prevenciones sobre los alimentos, vestidos y olores; desde las más sencillas lesiones de la inervación y la digestión hasta las más serias, hasta las enfermedades diatésicas, y las presentaciones fetales más graves, los capítulos de la nueva obra del doctor Vidal Solares abarcan en conciso y claro resúmen cuanto debe tenerse en cuenta en los casos en que en estos estados se halla la mujer. Entre los numerosos puntos que resaltan así por los adelantos modernos, como por la gravedad, se nota el tratamiento de los vómitos incoercibles de las embarazadas por las inhalaciones de gas oxígenos, fáciles de practicar ya en esta ciudad de algún tiempo acá, por medio del aparato de Limousin, representado en esta obra por dos grabados. Varias estadísticas y algunas fórmulas corroboran el contexto varios artículos: notamos también el calendario de la gestación, el cuadro de sus signos clasificado por el método del doctor Pajot, el sinóptico del tratamiento de la metrorragia en la gestación y otros varios.

La obra del Dr. Vidal Solares es digna de ser recomendada como decíamos, por su utilidad, así á las pacientes y á las personas de la familia que cuiden de ellas, padres, esposos, etc., como también á las comadronas y á los escolares que empiezan sus estudios de obstetricia.—(*La Dinastía núm. 3093, 28 Noviembre 1888*).

Cuarta edición ha publicado ya el ilustrado Dr. D. F. Vidal Solares de su excelente obra *Preceptos higiénicos sobre el embarazo, parto y puerperio.* Es ventaja poco alcanzada por libros en España, y por ella felicitamos sinceramente á su autor.

Obra es la aludida de la que debieran tener noticia todas las familias desde que se constituyen, pues en breves páginas, con claridad, y con auxilio de dibujos oportunos se dan á conocer los fenómenos que en todas ellas ocurren relativamente á la procreación de los hijos.

Y es materia interesantísima que por rutina suele tratarse con incuria, que cuando cuidada con diligencia podría evitar en muchos casos efectos naturales de descuido y de la incuria, que no suelen ser obra de mala voluntad, sino de natural apocamiento, de escaso conocimiento de la materia, y de no siempre legítima aversión con que se trata la parte principal y la especial á que tiende el matrimonio.

Recomendamos pues á todas las familias, así á las constituidas, como á las que se constituyan, la citada obra del Dr. Vidal Solares.—(*La Unión de los Contribuyentes. Año IX núm. 385*).

Hemos recibido un ejemplar elegantemente impreso y con interesantes grabados, del libro del Dr. Vidal Solares, *Preceptos higiénicos sobre el embarazo, parto y puerperio (cuarta edición);* su estudio es interesante, no solo para los hombres de ciencia, si que también para las personas que en el seno de la familia deben poseer ciertos conocimientos sobre el acto fisiológico más trascendental de la mujer, y este libro que recomendamos á todos los padres de familia, constituye un éxito más, á los muchos conquistados en el terreno científico, por el sabio y erudito Dr. Vidal Solares.—*(Gaceta Mercantil é Industrial núm. 47 Barcelona).*

El autor de la obra cuyo título encabeza estas líneas, ha tenido la galantería de enviarnos un ejemplar de la misma. Sentimos vivamente no disponer de tiempo y espacio, para hacer una concienzuda crítica de un libro, que si bien se han agotado de él tres numerosas ediciones, no se le ha dado toda la importancia que tan interesante publicación científico-popular se merece.

Decimos esto, al ver todos los días encomiar obras de allende los Pirineos, que no alcanza el valor útil y práctico que tiene la del libro del Dr. Vidal Solares. A buen seguro, que si los PRECEPTOS HIGIÉNICOS fuesen debidos á la pluma de un extranjero, habríanse traducido en español y ocuparían un lugar distinguido en la biblioteca de todo facultativo.

Más, justo es, que nosotros que no nos une con el Dr. Vidal Solares ninguna amistad y ni siquiera relación, encomiemos, como se merece, un libro de tantísima utilidad.

Puede encontrar en él el médico, un auxiliar pronto y seguro para todos los casos distócicos que se presenten en su práctica obstétrica; sin necesidad de hojear estas voluminosas obras que necesitan mucho tiempo para ser leidas. Y, á quien creemos que puede convenir el libro que bibliografiamos, es á las comadronas; pues que, en estilo claro y conciso, encontrarán en sus páginas conocimientos que necesariamente han de poseer. ¡Otros resultados obtendrían las comadronas, en la asistencia de las parturientas y se evitarían accidentes debidos á la ignorancia de reglas fijas y claras de obstetricia, si consultaran amenudo la utilísima obrita del Dr. Vidal Solares!

¿Y la mujer embarazada? Esta no debe saber Obstetricia, pero si, que le sería muy conveniente saber la evolución que ha de seguir el ser que se forme en sus entrañas, los cuidados de que se ha de rodear para que el parto sea feliz y los preceptos que la han de regir durante el puerperio. Esto es lo que encontrará en este libro, que recomendamos á todos los matrimonios.

Todos los capítulos de la obra que nos ocupa, adornada con profusión de grabados, están trazados de mano maestra, descollando en todos ellos, una claridad y galanura de estilo que la hacen comprensible y agradable al que la lee; siendo esto el motivo por el que, aun la persona lega en medicina, saque de su lectura provechoso fruto. El capítulo segundo destinado á tratar de la Higiene de la mujer embarazada, lo consideramos de tanta utilidad práctica que desearíamos que todas las mujeres en estado interesante se lo aprendiesen de memoria; obteniendo con esto inapreciables conocimientos, que redundarían en beneficio suyo y del pequeño sér que de una manera maravillosa crece en el claustro materno.

Dada la índole de nuestro periódico, séanos permitido hacer punto final, no sin antes, recomendar de nuevo á los médicos, comadronas y á las familias, la obra del Dr. Vidal Solares, muy reputado y conocido en el campo de las ciencias médicas, por sus eruditas publicaciones, que han merecido la más lisonjera aceptación por parte de los hombres más eminentes en Ciencias médicas.

La Salud Pública, núm. 23, Febrero 23 1889, Barcelona.

Compiten en las obras del Dr. Vidal Solares la sencillez de la exposición con el valor práctico, facilmente realizable, de los consejos que contienen, y asi todas ellas son necesarias para el médico no huelgan en menos de los demás. La última que hemos recibido da consejos

higiénicos aplicables á la mujer en los distintos estados por que pasa para ser madre y tanto el escrito como los grabados numerosos que ilustran al lector, hacen del libro una obra indispensable para el médico y convenientísima para todos los casados.—F. MONTALDO.—*Revista general de Marina, Tomo XXIV. Cuaderno 2.º Madrid.*

El conocido y reputado publicista don Francisco Vidal Solares, doctor en medicina y cirugía, de las Facultades de Madrid y París, y profesor libre de Obstetricia acaba de publicar la cuarta edición de su obra titulada: *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.*

La nueva edición, refundida y aumentada notablemente sobre las demás, ilustrada con más de noventa grabados; contiene todo cuanto la mujer durante su embarazo y al salir de él debe observarpara llevar á feliz término el fruto de la concepción y evitar un sinnúmero de accidentes que suelen ser causa de aborto ó de partos prematuros.

Aún cuando la obra ha sido escrita expresamente para la clase médica y escolares que asisten á la cátedra de Obstetricia, contiene un sinnúmero de preceptos referentes á la higiene, al régimen, á los vestidos, á los antojos y al ejercicio, que debería conocer toda mujer embaraza, á cuyo efecto, sin duda alguna, se debe la claridad y sencillez de exposición que domina en la obra que excluye por completo todo tecnicismo, con lo cual logra el autor ponerla al alcance no tan solo de sus comprofesores, si que también al del que desconoce las más rudimentarias nociones de medicina.

El autor en un pequeño volumen ha recopilado toda la higiene de la mujer que entra en una nueva faz de su vida y pasa á cumplir la más noble de las misiones que le ha señalado la naturaleza.

No es esta ocasión para tributar elogios al notable trabajo del señor Vidal Solares: basta decir que con lenguaje claro y conciso trata con profundo conocimiento de causa, uno á uno los accidentes, las perturbaciones fisiológicas y las incomodidades, que empezando, en la mujer, desde la concepción del nuevo sér después de irse desarrollando, termina en el momento de su feliz ó malaventurada aparición de éste en el mundo de los vivos.

Repetimos, pues, que la mencionada obra es útil no tan sólo al comadrón ó al práctico, si no que debiera ser conocida de todas las madres de familia, así como de cuantas jóvenes han contraido el indisoluble lazo.—*La Nación, núm. 556.—Febrero 11 de 1889.*

Ha tenido la amabilidad el citado señor de enviarnos un ejemplar de esta obra que desde luego calificamos de muy útil para nuestros compañeros. Cumpliendo muy poco con el carácter de higiene que in-

dica el título, es sencillamente una buena obra de obstetricia en que está resumido lo más interesante de los modernos adelantos tocológicos. Esta falta de relación con el título no empequeñece sin embargo, al mérito del trabajo porque constituye el mejor libro en que el estudiante puede encontrar lo más útil de la Obstetrica así como la persona que se dedique á la práctica obstétrica lo más indispensable. Si que habla el autor, y muy bien, de los cuidados higiénicos del parto y del puerperio, pero muy á la ligera, para dar lugar en cambio á una exposición metódica y clara de todo lo que debe saber el práctico como más esencial, desde la anatomía de la caja pelviana y de los genitales femeninos, por donde empieza la exposición, hasta la patología del embarazo en donde termina. Muy poco tiene esto de preceptor higiénico, pero es perfectamente útil.

Empieza, como decimos, por la anatomía de la pelvis y de sus accesorios principales; sigue con la de los órganos genitales y sus anejos; y habla sucesivamente de los métodos de exploración obstétrica y de la fisiología especial de la mujer. Expone en la segunda parte la marcha del embarazo, con el calendario y un capítulo de higiene del mismo. En la tercera, la higiene del parto, el parto natural y su mecanismo, el artificial y el puerperio fisiológico. En la cuarta la higiene y antisépsis del puerperio y en la quinta, toda la patología del embarazo.

Como ven nuestros lectores en breve espacio (222 páginas) y sin la molestia de las obras magistrales, ha expuesto el Dr. Vidal Solares, todo lo que necesita un estudiante para poseer la parte práctica de asignatura tan importante. Así ha cumplido el autor con el buen nombre y fama que goza en el mundo científico como especialista en Obstetricia, Ginecopatia y Pediatria.—*El Aula Médica*, núm. 45.

Dada la grandísima importancia que han alcanzado hoy los estudios tocológicos, es muy difícil encontrar un compendio tan completo y acabado de lo más interesante en esta materia, como lo es el libro del Dr. Vidal Solares. Por más que ha sido modestísimo en el título, la obra es de gran mérito, y el hecho de publicar hoy la 4.ª edición dice más en su obsequio que cuanto pudiéramos añadir nosotros. Es un verdadero Manual del Comadron y la Comadre, que ninguno debe dejar de adquirir.

Si muchas madres le conocieran y meditaran seriamente acerca de sus consejos, menos criaturas fallecerían antes y á poco de nacer y no pocas mujeres se librarían de esos puerperios (sobrepartos) tan peligrosos, y cuyas consecuencias lamentan luego toda la vida.—B. A.—*La Higiene*, núm. 185, Madrid.

El autor de este interesante opúsculo cuida de advertir en sus primeras páginas que cree podrá ser especialmente útil á los estudiantes, á las personas que asistan á los partos y hasta á las mismas mujeres embarazadas.

Juzgada esta obra bajo este concepto, no es posible dudar que llena cumplidamente el objeto que el autor se propone, conteniendo provechosas enseñanzas que emanan de una práctica inspirada en los modernos adelantos de la ciencia tocológica.

¡Cuántas dolorosas decepciones pudieran evitar las ignorantes comadronas si al alimentar en la mujer la noble esperanza de ser madre, hubiesen leido alguna vez los datos más importantes de dicha obra para el diagnóstico del embarazo; no dando como cierto lo probable ó lo dudoso, ó afirmando categóricamente en aquellos casos que la ciencia permite ó mejor decir exije una absoluta certeza!

¡Cuántas víctimas arrancáran á la muerte esas mujeres encargadas de la asistencia del parto, si conociesen los preceptos higiénicos y sobre todo las imprescindibles prácticas de una rigurosa asepsia y antisepsia que prescribe en su opúsculo el Dr. Vidal Solares.

Este autor divide su trabajo en cinco partes. En la primera trata de la anatomía y fisiología de los órganos de la generación de la mujer; en la segunda del embarazo y signos que le caracterizan; en la tercera de la higiene del parto; en la cuarta de la higiene de la puérpera; y en la quinta de la patología del embarazo.

Contiene en todos sus capítulos, la obra del Dr. Vidal Solares, datos tan importantes, expuestos con tanta claridad y acierto, que no dudamos en recomendar su lectura, no solo á las personas á quienes especialmente se dirije, sino á nuestros comprofesores, que han de hallar en ella algo de provechosa utilidad para la práctica.—T. Darder.—Núm. 11.—Año V, de la *Revista Balear.*

Hemos recibido un ejemplar de la obra del Dr. Vidal Solares, titulada: *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embazo, el parto y el puerperio,* la que realmente encierra cuantos conocimientos deben tenerse presentes para dirigir de un modo conveniente el paso de la mujer por aquellos períodos de su vida sexual. En cinco partes divide la obra, ocupándose la primera de la anatomía y fisiología del aparato generador y medios exploratorios; la segunda, del embarazo, sus variedades y sus cuidados; en la tercera, del parto; en la cuarta, la higiene de la puérpera y la higiene durante el puerperio, y por último, la quinta, de la patología del embarazo. No hay en toda ella detalle que falte, ni accidente que no se mencione, y desde tal punto de vista nos parece que la obra llena una verdadera necesidad para

el práctico al ofrecerle reunidos una porción de datos cuya consulta se facilita notablemente con ello mismo.

Recomendamos pues su lectura, porque es una publicación oportuna.—*Boletín del Instituto Médico Valenciano.—Febrero de 1889.*

Esta obra es muy útil para los compañeros y es un verdadero resúmen de obstetricia con los más modernos adelantos de tocología.

Habla el autor de los cuidados higiénicos del parto y del puerperio, pero á la ligera, dando después una exposición clara y metódica de todo lo que el práctico debe saber, desde la anatomía de la pelvis y los genitales de la mujer hasta la patología del embarazo.

Empieza, como decimos, por la anatomía de la pelvis y de sus accesorios principales; sigue con la de los órganas genitales y sus anejos, y habla sucesivamente de los métodos de exploración obstétrica y de la fisiología especial de la mujer. Expone en la segunda parte, la marcha del embarazo con el calendario y un capítulo de higiene del mismo. En la tercera, la higiene del parto, el parto natural y su mecanismo, el artificial y el puerperio fisiológico. En la cuarta la higiene y antisepsia del puerperio, y en la quinta toda la patología del embarazo.

Como ven nuestros lectores, en breve espacio (222 páginas) y sin la molestia de las obras magistrales, ha expuesto el Dr. Vidal Solares todo lo que necesita un estudiante para poseer la parte práctica de asignatura tan importante. Así ha cumplido el autor con el buen nombre y fama que goza en el mundo científico como expecialista en Obstetricia, Ginecopatía y Pediatria.—*Los Nuevos Remedios*, núm 4.—28 *Febrero 1889.—Los Avisos*, núm. 10, año XIII.

Un tomito elegantemente encuadernado, con multitud de figuras, representando las principales posiciones del feto y las maniobras de extracción; que tan expeditas resultan... en los grabados. Comienza la obrita por una descripción ósteo-fisiológica de los genitales femeninos. Sigue por la exploración, la fisiología del embarazo y la patología del mismo. El objeto es instruir á la comadre antes del parto, en el parto y después del parto. La higiene de la puérpera está bien trazada, y los síntomas patológicos del embarazo númeranse por orden alfabético, cosa que no es muy de nuestro agrado, pues á este paso pronto veremos convertida la patología en diccionario etimológico.

Quizás alguien reproche de poca originalidad la obra del Sr. Vidal Solares; pero cuando solo se pretende instruir á las comadres en generalidades médicas, no conduce á nada remontarse á investigar como

se paría en tiempo de Sócrates ó preguntar á los astros si el parto es funcion natural en un acto y varios cuadros.

De esa pedantería huyó el Sr. Vidal; pero no por eso huyeron de su libro la claridad y el método. En resúmen, aunque obra de vulgarización, no es una obra vulgar y los comadrones pueden refrescar las ideas que las comadres aprendan por primera vez.

La obra en cuestión es un discreto resúmen y su objeto excelente, y más que excelente útil.—Dr. F. García Díaz.—Año XII núm. 4, *Boletin de Medicina Naval.*

Dedicada esta obra al bello sexo con objeto de vulgarizar las nociones más indispensables para llegar á feliz término del estado de embarazo, es indiscutible su utilidad ya que son muchos los accidentes que acompañan á dicho período, ocasionando no pocas veces la muerte del producto de la concepción.—*Revista Médica Vasco-Navarra*, número 12 de 1888.

Proponerse en pocas páginas decir cuanto encierra la rama médica llamada *Obstetricia* y conseguir además explicarlo tan sencillamente que sirva para nutrir la inteligencia de las comadres que apenas si conocen groseramente el aparato generador femenino y que no hay para esto lugar á duda alguna, es trabajo azas ímprobo y hasta difícil de conseguir.

Pues todo esto ha hecho el Sr. Vidal en su manual de la comadre y le dá tal claridad á los conceptos y se vale de imágenes tan bellas que no puede servir la obra para las que se destina, sino que también es útil al médico que quiera dedicarse á esta especialidad.

Difícil nos sería hacer una crítica razonada de toda la obra é irla analizando en cada uno de sus diversos capítulos pues seria un trabajo prolijo y de extensión grande; por lo cual nos concretamos á decir que toda ella está bien hecha y sus diversos artículos tratados con la claridad científica que el caso requiere.

Divide el Sr. Vidal su obra en cinco partes y prévia una bonita *introducción*, empieza explicando en la primera la anatomía y fisiología del aparato generador y los diversos métodos de exploración obstetrical, tal como la mensura, palpación, etc.

En la segunda parte presenta todo el embarazo normal, gemelar y extra-uterino exponiendo los preceptos higiénicos que observará la mujer durante la gestación.

En la tercera habla del parto, de las diversas presentaciones tanto normales como patológicas y dá consejos muy científicos para atemperar la conducta de la partera á cada uno de esos casos: trata después

del alumbramiento, de los cuidados necesarios á la criatura y á la madre en el puerperio y de los fenómenos consecutivos al parto y la manera de remediarlos.

Trata en la cuarta parte de la higiene que debe observar la puérpera y la antisepsia del puerperio: y por último en la quinta parte detalla la patología del embarazo tratada por aparatos.

En resúmen: la obra llena cumplidamente el objeto que se propuso su autor y nosotros la recomendamos á nuestros lectores, en la seguridad que nos lo agradecerán después de leida.—Dr. Zadro.—*El Eco del Practicante*, núm. 35.

Hemos tenido el gusto de recibir un ejemplar de la 5.ª edición de los *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio* (Manual de la Comadre), que acaba de publicar don F. Vidal Solares, doctor en medicina de la facultad de París, el cual ejerce su delicada especialidad en esta ciudad.

Esta obra es indispensable á las comadronas, para que asistan con buen criterio los partos, pues contiene un verdadero resúmen de obstetricia, con los más modernos adelantos sobre la higiene que debe seguirse en el parto, y sobre todo, durante el puerperio para evitar el desarrollo de la mortífera fiebre puerperal.

El Dr. Vidal, ilustrado tocólogo que durante cinco años consecutivos se dedicó en París al estudio de los partos, ha logrado popularizar esa parte de la ciencia médica, proporcionando así bienestar á las madres, las que, con sus consejos se han visto libres de múltiples molestias.

La obra que nos ocupa, está dividida en cinco partes. En la primera, trata de la anatomía y fisiología de los órganos de la generación de la mujer; en la segunda, del embarazo y signos que le caracterizan: en la tercera, de la higiene del parto; en la cuarta, de la higiene de la puérpera; y finalmente, en la quinta, de la patología del embarazo.

Todos estos capítulos de la obra del Dr. Vidal encierran datos tan importantes, expuestos con tal claridad y acierto, que no dudamos en recomendar su lectura á los esposos, para que sepan atender bien á las ligeras indisposiciones de sus señoras, como igualmente á los alumnos de Obstetricia y á los mismos médicos, quienes encontrarán en breve espacio, lo más indispensable para el ejercicio de los partos.

El mejor elogio que podemos hacer de la obrita del reputado doctor Vidal, es el de hallarse en venta en la actualidad, la 5.ª edición.—*La Dinastía*, núm. 3,418 correspondiente al 29 de Septiembre de 1889.

Agotada la cuarta edición de los *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio ó Manual de la comadre*, por el Dr. Vidal Solares, de las facultades de Madrid y París, se ha publicado la quinta edición ampliada y con los últimos adelantos de la higiene, sobre todo durante el puerperio, para evitar el desarrollo de la maligna fiebre que tantas víctimas causa durante él. La obra del Dr. Vidal contribuye mucho, no solo como indispensable manual para las comadres, sino también de grandísima utilidad para las familias, á popularizar los consejos y prescripciones para evitar gravísimos inconvenientes y enfermedades á las madres. En general no se acude al médico para evitarlos; á lo más, á la comadre, únicamente á aquél por consejo de ésta, ó cuando ya sobreviene alguna enfermedad. De aquí el ser indispensable que conozcan las comadres y se popularicen entre las familias los preceptos higiénicos que tantas dolencias gravísimas pueden evitar á las madres.

La claridad y concisión y el acertado método con que expone esta obra los importantes datos y preceptos aducidos por la ciencia, la recomiendan á las familias, á más de las comadronas; también como compendio á los alumnos de obstetricia y á los profesores prácticos, mayormente cuando en la parte higiénica se incluye la antisepsia puerperal y se agregan á la misma la patología de la gestación y el compendio de las versiones y la preceden la anatomía y fisiología obstetriciales.

Más de noventa grabados ilustran el texto, descollando entre ellos los numerosos que representan presentaciones, versiones y extracciones.—(*La Publicidad* 11 de Octubre de 1889).

Hemos tenido el gusto de recibir, cuya atención agradecemos mucho, la 5.ª edición de los *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio* (Manual de la Comadre), por el Dr. F. Vidal Solares. Esta edición, considerablemente aumentada y corregida, es digna de la excelente acogida que ha obtenido, como lo demuestra la brevedad con que se han agotado las anteriores, y es verdaderamente útil y recomendable. Su autor, competentísimo en la materia y que goza envidiable reputación en la práctica profesional y como médico publicista, ha conseguido popularizar esta parte de la ciencia, con lo cual ha proporcionado muchos bienes á las madres de familia. En verdad que éstas, así como las dedicadas al arte de partear y los mismos profesores que prestan estos especiales servicios, no deben carecer de este libro en que encontrarán sabias lecciones, consejos de inestimable valor, que tendrán más de una vez

ocasión de utilizar, por lo cual la recomendamos, como lo hicimos anteriormente.—(*Semanario Farmacéutico de Madrid* núm. 51.—1889).

Se ha publicado la quinta edición de los *Preceptos higiénicos que debe observar la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*, por el doctor en Medicina y Cirugía de las Facultades de Madrid y Paris y profesor libre de obstetricia D. F. Vidal Solares, socio de distinguidas corporaciones médicas. Esta edición refundida y aumentada sobre las anteriores, ilustrada con más de noventa grabados, contiene todo lo que la mujer en estado interesante y al salir de él debe observar para llegar á feliz término y restablecimiento, siendo al par la obra de mucho interés para las comadronas y para los cursantes que comienzan los estudios de obstetricia.

Los capítulos de la nueva obra del Dr. Vidal Solares abarcan, en conciso y claro resúmen cuanto debe tenerse en cuenta, cuando la mujer se halla en aquel estado. Varias estadísticas y algunas fórmulas corroboran el contexto en varios artículos. Contiene también el calendario de la gestación, el cuadro de sus signos clasificado por el método del doctor Pajot, el sinóptico del tratamiento de la metrorragia en la gestación y otros varios.

La obra del Dr. Vidal es digna de ser recomendada por su utilidad. —(*Publicidad* 12 abril 1891.)

Juicios Críticos

Dedicados por varios periódicos á la Obra

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO de los FIBROMAS UTERINOS

POR EL

Doctor F. VIDAL SOLARES

Barcelona, 1881

El estudio de los tumores uterinos, que tanto ha llamado la atención de los más distinguidos médicos, natural era que no fuese descuidado en nuestro país, y al Dr. Vidal Solares, laborioso é ilustrado comprofesor, que conocen todos nuestros lectores, débese la publicación de una importantisima obra, la cual, bajo el título arriba mencionado, trata cuanto se refiere á tan notable punto de la ciencia con la claridad y lucidez que le son propias, y que son una prueba patente de los desvelos con que cultiva su especialidad predilecta.

Principia el autor dando una sucinta idea de la anatomia descriptiva y fisiología del útero, lo bastante para que se comprenda con exactitud la estructura y modo de funcionar el órgano peculiar á la mujer.

En el capitulo primero de su obra estudia el eminente especialista la anatomia patológica, en el cual comprende el examen macroscópico y microscópico, dando á conocer con profusión de datos, la resistencia que al corte del bisturí ofrece la matriz, cuando sufre una alteración patológica, el color que adquiere su tejido cuandó es ocupado por un fibroma, etc., y pasa á la definición de estos neoplasmas, para entrar luego en su descripción, aceptando la subdivisión establecida por Bayle de histeromas subperitoneales, intersticiales y submucosos, en apoyo de lo cual describe varias observaciones, ya propias, ya de reputados prácticos, asi como por medio de grabados que, con abundancia, están intercalados en la obra, ilustra el asunto y pone de manifiesto los elementos histológicos de los pólipos y de los fibromas uterinos.

Al tratar de su clasificación refiérese á las diferentes ideas que acerca la naturaleza de los tumores uterinos se han tenido, y de ahí que se hallen descritos con los nombres de tumores fibrosos, fibromas,

miomas, tubérculos duros, tumores cartilaginosos, liomiomas ó histeromas; empero para dar idea más precisa del lugar donde estos tumores tienen asiento, dice que su maestro Broca les denomina histeromas; lo cual acepta para los tumores del útero á condición de que aquella denominación comprenda sólo los que sean circunscritos y más ó menos voluminosos.

Imposible nos es dar de la obra de que tratamos una descripción detallada por no permitírnoslo el espacio de que disponemos, solamente y para terminar citaremos la notable observación descrita por el Dr. Vidal en el final de su magnífica obra; refiérese á un tumor fibroso del útero de 22 kilogramos de peso en una mujer de 50 años, á la cual el Dr. Vidal, con suma habilidad, operó de gastronomía, aplicando el procedimiento de extrangulación parcial del tumor por medio de los ligadores de Cintrac.

De lo expuesto se deduce claramente la importancia y utilidad de la última obra con que acaba de enriquecer la literatura médica española el Dr. Vidal Solares. Sabido es que esta clase de estudios le han valido el ser premiado por varias Academias; qué podemos, pues, hacer menos nosotros, que felicitarle cordialmente por su última publicación, y recomendar eficazmente su lectura á nuestros lectores, seguros de que con ello, á más de aumentar el caudal de conocimientos, les ha de servir en muchas ocasiones para resolver problemas á la cabecera del enfermo, de gran interés por su índole práctica.—Jaques.—(In núm. 14, año VIII de la *Revista de Ciencias Médicas).*

Bajo el modesto título de *Contribución al estudio de los fibromas uterinos*, acaba de publicar el Dr. Vidal Solares un libro compuesto de unas 212 páginas ilustradas con multitud de grabados. Esta producción, que honra sobremanera al autor, viene á enriquecer la literatura médica española. El exacto conocimiento que el autor tiene de la dolencia que trata y su lenguaje fácil y claro, hace que el libro esté al alcance de todas las inteligencias, logrando así que su lectura sea amena; por otra parte, su carácter esencialmente clínico le dispensa de todos aquellos datos innecesarios para el médico práctico que solo busca ver condensado en pocas líneas lo que ha de serle útil.

Como preliminar al estudio de la obra, se ocupa, aunque á la ligera, de la anatomía normal del útero, para entrar después en el primer capítulo á describir la anatomía patológica de la neoformación, cuyo examen lo divide en macroscópico y microscópico, entrando á renglón seguido en la definición y sinonimia de esta clase de tumores.

La clasificación de los histeromas admitida por el Sr. Vidal Solares es la de Bayle, que los divide en subperitoneales, intersticiales, submu-

cosos y fibro-quísticos; según que el tumor esté situado inmediatamente debajo de la cubierta peritoneal de la matriz, en el tejido propio de este órgano; ó en fin, debajo de la membrana mucosa. Le sirve como base para la precedente clasificación, lá anatomía de dicha parte, única manera de hacer fácil en la práctica la distinción de una clase de tumores de los otros.

El autor, en el discurso de su obra, cita casos prácticos, unos observados por él mismo y otros por distinguidos ginecólogos españoles y extranjeros.

Pasa el estudio de las causas, y aquí se fija de preferencia en la edad probando por las estadísticas, que la época de la vida que da más contingente es la comprendida entre los 40 á 49 años.

Los síntomas que se aprecian, como que generalmente son mecánicos, hace incapié en ellos, hablando también de los trastornos menstruales ligados siempre á estas afecciones.

En el diagnóstico, el Dr. Vidal está acertadísimo, pues es bien sabido que ciertos estados morbosos, tales como el embarazo normal y extrauterino, hematocele pelviano, anteflexión y retroflexión, los tumores del ovario, etc., etc., pueden presentar confusión con la existencia de un tumor fibroso de la matriz.

El Dr. Vidal, con gran claridad distingue perfectamente todos estos estados de la producción accidental, formando de este modo el diagnóstico.

Pasa luego al pronóstico, frecuencia, marcha, duración, termínación y complicaciones, sirviéndole de guía la clínica. Termina el 2.º capítulo hablando de la acción que ejercen los histeromas en el embarazo y parto, aconsejando la marcha que ha de seguir el tocólogo en presencia de uno de estos casos.

En el capítulo 3.º se ocupa del tratamiento: lo divide en médico y quirúrgico; en uno y otro se comprueba una vez más, el carácter eminentemente práctico de este libro.

En el primero de estos tratamientos hace un estudio detallado de la acción terapéutica de la ergotina sobre los tumores, pues que disminuyendo la ergotina el calibre de las arteriolas que riegan el tumor, la sangre que llega á este es menor, y por tanto con el uso prolongado de este agente se puede hacer disminuir el volumen de la neoformación. No pasa al tratamiento quirúrgico sin antes ocuparse de la aplicación de la electricidad y de los aparatos más convenientes.

Describe los procedimientos que generalmente se emplean, y después de explicar las condiciones en que ha de colocarse la enferma para ser operada, entra de lleno en el manual operatorio, el que divide en cinco tiempos: incisión de las paredes abdominales, desprendimiento y reducción del tumor, fijación del pedículo y limpieza del pe-

ritoneo, y unión de los bordes de la incisión abdominal. Termina el tratamiento con algunas palabras acerca de los cuidados consecutivos de la operada é indicaciones y contraindicaciones de la histerotomia.

La obra en cuestión es digna de que figure en toda librería de un médico ilustrado.—Núm. 98 de *La Crónica Médica* de Valencia.

En 4.º mayor prolongado, buen papel y esmerada impresión nos ha remitido el Dr. Vidal Solares dos ejemplares de su importante trabajo sobre los fibromas uterinos.

Después de un estudio suficiente de la anatomía normal y patológica del útero, define y describe el autor los principales histeromas, pasando después á su etiología, síntomas, diagnóstico, pronóstico, marcha y complicaciones, entrando seguidamente en la parte más interesante, cual es sus diversos tratamientos médicos y quirúrgicos, y coronando su obra con una erudita bibliografía.

En esta obra se encierra lo que necesita el profesor bajo el doble punto de vista teórico-práctico, haciendo fácil el estudio con las ilustraciones intercaladas en el texto, que no dejan nada que desear con relación á otros trabajos análogos del extranjero.

Si de una utilidad indiscutible son todas las partes que comprende esta obra, insistimos en las observaciones que dedica á la histerotomía, pues importa que los prácticos se familiaricen con tan arriesgada operación, y que formen un verdadero criterio clínico sobre sus indicaciones perentorias y circunstancias que en ella concurran.—*Gaceta de higiene y climatología*, núm. 8, año II.

Hemos leído completamente, y sin dejarla de la mano hasta rematar su lectura, la bonita monografía que bajo el modesto título de *Contribución al estudio de los tumores fibrosos del útero*, escribió y publicó en París nuestro laborioso amigo el Dr. Vidal Solares, y, como siempre que recibimos un trabajo que nos revela su actividad, no podemos menos de manifestarle nuestro contento al par que tributarle nuestro aplauso

Anda nuestro país muy necesitado de jóvenes como el Sr. Vidal Solares que produzcan ciencia. Concéntrase de tal modo nuestra literatura médica en unos cuantos profesores, que fuera de los doctores Giné y Partagás, de Barcelona; Cayetano del Toro, de Cádiz; Gomez Torres, de Granada, y otros contados, pero muy contados, por el estilo, nadie se cuida de publicar con asiduidad trabajos médicos que salgan de esa adocenada y nada honrosa actividad de las traducciones y compendios. El señor Vidal Solares es un jóven de notorio ardimiento y entusiasmo, de gran laboriosidad y sólida ilustración, que acaba

de regresar de París en donde publicó algunos escritos muy interesantes, que ha conquistado ya varios premios en certámenes académicos, y de quien debemos prometernos mucho para el porvenir, si no *aplatana* su sangre—como dicen sus paisanos, los cubanos—la atmósfera de indolencia y hasta de holgazanería que en nuestro país se respira.

El trabajo que nos ocupa es sin duda uno de los más modestos que conocemos de su autor, quien muestra haberlo comprendido así al titularlo de mera *contribución al estudio de los tumores fibrosos del útero*. Es este un punto transcendental de la ginecología, que ha merecido perseverantes investigaciones y profusión de trabajos y monografías, muchas de reconocido valor, que áun prescindiendo del gran desenvolvimiento que los autores clásicos de ginecología le conceden, suponen un cuerpo de doctrina riquísimo y más que suficiente para escribir una monografía de muchos centenares de páginas.

Pero si el trabajo del Sr. Solares no tiene estas pretensiones, en cambio puede decirse de el que en el reducido campo de 53 páginas expone con claridad y suficiencia de moderna doctrina, lo más importante de cuanto comprende el estudio del asunto que entraña.

Unos pocos casos, cuatro nada más, de fibromas uterinos observados personalmente por el autor en los hospitales de la Caridad, de la Piedad y San Luís, de París, han sido, á todas luces, los que le han empujado á la confección de su folleto, en el cual hay algunos párrafos de singular importancia, como, por ejemplo, el que se ocupa de la aplicación de la electricidad al tratamiento de dichos tumores.

Reciba, por tanto, una vez más el Sr. Vidal nuestros plácemes, y procure seguir explotando como hasta aquí sus excelentes facultades. —Dr. Angel Pulido Fernandez.—*(Revista de Medicina y Cirugía número 88)*.

La variedad de elementos que observamos en la estructura del útero, lo activo de las funciones que ejerce durante la vida de la mujer, mediante las cuales, sufre los trascendentales cambios fisiológicos que resultan de la menstruación y del embarazo, hacen del órgano indicado, uno de los más predispuestos de la economía, para el desarrollo de diversos neoplasmas, distinguiéndose entre estos por su frecuencia, los fibromas, hasta el punto, que Bayle cree existen en la quinta parte de las mujeres, mayores de 35 años.

Hay que decir también de esta clase de tumores, que son graves en sus resultados, por lo general difíciles de tratar y sobre todo, muy varios en su modo de ser, pues mientras unas veces alcanzan poco desarrollo, otras llegan hasta 40 kilogramos, siendo el tiempo empleado en este crecimiento, tan vario como el desarrollo mismo.

Todas estas circunstancias tan dignas de tenerse en cuenta, decidieron sin duda alguna al Dr. Vidal Solares á dar á luz un verdadero tratado, que titula: *Contribuciones al estudio de los fibromas uterinos*, en cuya obra demuestra una vez más el autor, que con justicia se le puede considerar como uno de los primeros publicistas médicos de nuestra pátria, tanto por su fecundidad, cuanto por el valor científico que sus profundos conocimientos imprime á todos sus trabajos.

Principia el libro de que tratamos con la descripción anatómica del útero, siguiendo después la exposición de todos los datos anatomo-patológicos que por medio del exámen macroscópico y microscópico pueden obtenerse de los fibromas: el autor concede á esta parte de su obra toda la importancia á que es acreedor este linaje de estudios, poderosísimos auxiliares de la clínica.

Viene después la definición y clasificación de los histeromas encontrándonos adoptada la del referido Bayle, que como es sabido, la funda en el sitio que están implantados los tumores con relación al útero: divide pues aquellos en intersticiales, sub-mucosos y subperitoneales: incluyéndose á continuación otra variedad de tumores uterinos, los fibroquísticos.

En la etiologia, síntomas, diagnóstico y pronóstico, complicaciones y tratamientos médico y quirúrgico de estos fibromas, revela el señor Solares que ha hecho concienzudos estudios en este ramo de la Patología quirúrgica y que posée gran riqueza de datos suministrados por la propia observación: en esta parte que forma el cuerpo de la obra se puede estudiar lo más moderno y lo de más autoridad que se ha escrito sobre este tema.

Conságrase lo restante del libro á tratar con la acostumbrada lucidez de la ablación de los miomas sub-peritoneales por medio de la gastronomía, dando á conocer á continuación, las indicaciones y contraindicaciones de la histerotomía, concluyendo con la inserción de 16 observaciones de histerectomías, hechas por el autor y los más célebres profesores; encontramos tambien otros notables casos clínicos que vienen á dar autoridad á los estudios anteriormente indicados. Finalmente, completan el tratado de que nos ocupamos 79 grabados y un extenso índice bibliográfico en el que por órden alfabético se indican los autores que se han ocupado de la importantísima materia que ha servido de tema al Dr. Vidal para hacer un libro que ha de prestar servicios á los que se dedican á esta principalísima sección de la ciencia quirúrgica.—J. Avellan.—Núm. 10, *Unión de las Ciencias Médicas*, de Cartagena, año 3.º

Cumpliendo uno de nuestros anunciados propósitos, vamos hoy á dar cuenta á nuestos lectores de una obra que, si dada las condiciones

de nuestra vida científica actual pudiera parecer anticuada, es y será siempre oportunamente leida, como todo aquel libro que contiene sana y juiciosa doctrina.

No es ciertamente desconocido el nombre del Sr. Vidal Solares para los lectores de la prensa médica. Su notable *Reseña médico-quirúrgica de la Exposición de París en 1878;* su acabado *Estudio sobre la difteria* y otras monografías muy cuidadosamente escritas y nutridas de no escaso número de conceptos personales, le han otorgado un puesto distinguido entre los escritores médicos de nuestros días, y revelan un talento clínico, poco comun y una actividad digna de encomio.

La obra de que vamos á ocuparnos viene á ratificar estas opiniones, y á constituir lo que con los legistas pudiéramos llamar prueba plena de tal aserto.

El Sr. Vidal, con el modesto título *Contribución al estudio de los fibromas uterinos,* titulo que, si no cuadra al libro, es tal vez por exceso de modestia, hace una descripción detallada y acabada de todo lo que respecto á este asunto se había dicho hasta la fecha y aún algo más.

Comienza haciendo en un capítulo previo un estudio sintético y magistral de la anatomía estratural de la matriz, dando al par algunas pinceladas sobre la fisiología de este órgano, inspiradas en los últimos trabajos experimentados sobre la materia.

La anatomia patológica de los fibromas constituye el objeto del primer capitulo en el cual se oculta ligeramente del aspecto macroscópico de la cuestión para tratarla detalladamente en la esfera microscópica que es donde se encierra la importancia de la misma. Discute las opiniones de Robin; las de Arn, Barnes, Yebert, cuyos estudios ha seguido de cerca, y fundado con una observación hecha con Péan, trata del desarrollo del sistema linfático en las producciones fibromatosas del útero.

Comenta después las definiciones que en estos productos patológicos se han dado por diferentes autores, consignando que juzga preferible la de Zenker porque da una idea clara de la naturaleza del tumor (opinión que nos parece muy aceptable), prefiere, sin embargo, la de Broca, por expresar el sitio en que la neoplasia se asienta.

Aunque sólo dedica breves frases á la etiología, hay entre ellas dos cuadros estadísticos para conocer la relación entre la producción de histeromas y la edad de la enferma, que revelan un espiritu observador y un laudable afán en aportar datos para resolver el hasta hoy oscuro problema de las causas de estas neoplasias.

También con brevedad, pero metódica y ordenadamente, describe el cuadro sindrómico dando oportunos y juiciosos consejos acerca de los medios que para llegar al diagnóstico de estos tumores deben emplearse.

Uno de los párrafos en que más evidente aparecen las dotes que como práctico adornan al Sr. Vidal, es el que dedica al diagnóstico diferencial, párrafo tan acabado que á nuestro juicio, basta para otorgarle título de ginecólogo reputado. Las concisas descripciones que hace de los cuadros que ofrecen aquellos estados que, la presión uterina y extrauterina, las dislocaciones de este órgano, y hematocele pelviano, los tumores del ovario, etc., pueden confundirse con los histeromas, son magistrales y acabadas. No puede decirse más ni mejor en menos palabras.

Con este motivo, además describe todos los procedimientos de investigación clínica conocidos, describiendo á la par los instrumentos que con tal objeto se emplean.

Después de ocuparse del pronóstico y de la patogenia, en cuyos párrafos compiten también la concisión con la claridad, pasa á estudiar las complicaciones, dedicando varías páginas á la acción que ejercen estos tumores en el parto, juzgando esta cuestión con sumo tino y no afiliándose á opiniones intransigentes y extremadas, sino dando gran importancia en la resolución del problema á las circunstancias de uno y de otro, y corroborando su opinión con casos prácticos, propios y agenos.

Comprendiendo que la verdadera importancia del asunto, como la de todos aquellos que son de índole puramente clínica, estriba en el tratamiento, ha dedicado á esta parte ciento treinta y tantas páginas de las doscientas y pico que el folleto tiene, y ciertamente que aquella no se distingue solo por la cantidad, sino por la calidad.

Necesario sería fatigar la atención de nuestros lectores, harto molestada por nuestra monótona descripción de la monografía de que nos ocupamos, si hubiéramos de pasar revista á todos los medios de tratamiento en aquella propuestos.

Basta saber que hace un detenido juicio crítico de todos los últimamente empleados, describiendo el instrumental necesario para practicar muchos de ellos, demostrando con esto serle muy familiar su uso.

Por lo que á la operación respecta, formula el siguiente juicioso procorolario después de muy atinadas consideraciones: «Todo fibroma compatible con la vida debe rechazar en absoluto la enucleación.»

Y termina con el estudio de los diversos procederes de histerotermia acompañando cuadros estadísticos y observaciones minuciosamente recogidas.

En suma, la obra es completa y satisface las exigencias de la práctica, porque toda ella está inspirada en un criterio puramente clínico.

¿Proseguirá el Sr. Vidal Solares la tarea de demostrar que España pretende contribuir al progreso de la Medicina moderna, como nos lo ha demostrado con este y con sus trabajos anteriores?

Esperamos que sí; porque no en vano ha completado su educación científica en el cerebro de Europa, donde ha acopiado numerosos elementos de trabajo que, cultivados en España dará ópimos frutos á la ciencia patria y á su personalidad la gloria á que tiene legítimo derecho.—(*Diario Médico-Farmacéutico*, núm. 7).

El Dr. F. Vidal Solares, cubano, eminente tocólogo y distinguido publicista, conocido ventajosamente en el mundo médico, por las varias y bien escritas anteriores obras, acaba de dar á la prensa médica su última producción, con el título que va á la cabeza de estas líneas.

Bien podemos asegurar; y no nos equivocamos, que con la expresada obra corona el Dr. Vidal su monumento literario, sirviendo como de cúpula y de remate á sus excelentes producciones.

Arranca el vuelo el Sr. Vidal, para darle á su trabajo toda la importancia é interés científico que para práctica del tocólogo tiene desde la *anatomía descriptiva* del *útero* y de la *fisiología*, que aunque sucinta, es muy bastante para dar una idea exacta de la extructura y las funciones de aquel órgano.

Estudia luego la anatomía patológica del mismo, y el examen *macroscópico* y el *microscópico;* da á conocer con grande acopio de datos, la resistencia que al corte con el bisturí ofrece (aquel órgano), en el estado patológico como lo estudia; el color que presenta su tejido ocupado por el fibroma, el estudio que éste ocupa, las formas que sus fibras afectan, los líquidos que su trama contienen. Habla de los medios de que Lebert se valia para demostrar las fibras lisas, tratando las preparaciones por el reactivo del ácido acético; con cuyo medio ponía de manifiesto el núcleo en forma de bastoncillos tan característicos de las expresadas fibras, y para demostrar la presencia de las fibras células, se harán macerar las partes que se quieran examinar en una solución de ácido nítrico, en la proporción de un 20 por 100, ó bien empleando aquel ácido en una mezcla con el clorato de potasa, etcétera, etc.

Por medio de grabados expresa y pone de manifiesto los elementos histológicos de los pólipos y de los fibromas uterinos, afectando diferente forma en los que concurran á la formación de cada uno de estos diversos tumores y de las ideas diversas que se han tenido respecto á su naturaleza.

Esparce con claridad y distinción algunos datos particulares inherentes á cada uno de estos *neoplasmas* uterinos, según que tengan su asiento; esto es, que sean internos, intersticiales ó externos, con relación á la cavidad ó paredes del útero, datos relacionados con los síntomas que aquellos producen y en los caracteres microscópicos que presentan sus preparaciones sometidas al estudio.

Para que nada falte para la formación del diferencial diagnóstico, trascribe lo que dice al efecto R. Barnes: «El fibroma es ordinariamente de un blanco perlado, más extriado, etc., etc.

Pasa luego á la clasificación, que según las diferentes ideas que se han tenido sobre su naturaleza, hánse designado bajo los nombres de *tumores fibrosos, fibromas, miomas, tubérculos duros, tumores cartilaginosos limiomas* é *histeromas,* las producciones neoplásicas que se desarrollan en el parénquima de la matriz.

Otros como Húntez y Baillse, las llaman *fleshy tubèrcles, tubérculos carnosos,* para designar ciertos cuerpos fibrosos de una consistencia análoga á la del tejido uterino.

Con su lectura se adquieren los más preciosos, indispensables y modernos canocimientos acerca de la materia de que se trata. Por medio de figuras da á conocer toda clase de instrumentos más indispensables para la práctica de las operaciones, y con magníficos grabados el esquema de los órganos génito urinarios, con la relación que guardan los instrumentos en el acto de las operaciones. Por la trascripción que hace de las 27 observaciones, se adquieren datos exactos acerca del tratamiento médico y del quirúrgico que se debe, según los casos, emplear, ó de las indicaciones y contra indicaciones para la práctica de las operaciones.

Pasa revista á los diferentes procedimientos operatorios empleados por los más célebres cirujanos y con marcado tino y copia de razonamientos indica las ventajas que unos sobre los otros reportan.

No terminaremos nuestro incorrecto escrito sin manifestar al distinguido y estudioso Dr. Vidal, la gratísima satisfacción que nos ha proporcionado la lectura de su bien escrito opúsculo, puesto que amantes de las glorias nacionales, vemos lo que merece alcanzar dicho señor por sus científicos trabajos. Nada valen nuestros razonamientos, ni influir pueden en los ánimos de los eminentes hombres de ciencia; mas si valieran, alentaríamoslos á que hicieran medicina patria, que saber y medios no les faltan para hacerla; y sin desdeñarnos de acoger lo mucho y bueno (y mucho malo) que nos viene del extranjero, llenaremos las planas de la prensa médica con hechos prácticos por nosotros recogidos; por esto, lo repetimos nos na satisfecho tanto y tanto con su trabajo el Dr. Solares, y por lo mucho, muchísimo que vale su opúsculo de 208 páginas, en la que acumula y atesora grande riqueza de conocimientos, circunstancia que le recomienda y á nuestros colegas recomendamos.

Siga, pues, el Sr. Vidal Solares por el camino glorioso de la ciencia, con tan buenos auspicios emprendido, seguro de llegar al honroso puesto que su talento y laboriosidad le depara en las ciencias médicas. Por nuestra parte, le felicitamos muy de corazón y muy de veras, y al

par nos felicitamos por tan eminente médico compatriota.—DOCTOR JOSÉ GASTALDO. (In. núm. 482 de *La Vanguardia).*

Aficionados á confiar á la pluma sus propias impresiones, los autores franceses son á buen seguro los que en mayor escala han producido y producen aún esa inundación de obras, folletos, monografías y tratados especiales que desde hace muchos años se nos viene entrando por las fronteras, y que tanto ha influído en nuestra literatura.

Hoy, empero, la literatura médica francesa ha perdido mucho del monopolio que ejerciera un día sin trabas en nuestras escuelas. La preponderancia lograda en breve tiempo por el imperio alemán, cuyos grandes hombres marchan sin disputa á la cabeza del movimiento científico moderno, y por otra parte, el mayor conocimiento del idioma de Schiller y de Goethe entre nosotros, gracias á los buenos profesores y á los excelentes traductores de lengua alemana con que contamos, han abierto el camino á las obras y tratados clínicos de los grandes maestros de allende el Rhin, que hoy consultan con avidez y de primera mano, por decirlo así, profesores y alumnos, seducidos por el espíritu eminentemente clínico y de observación que en todos ellos constituye la tónica dominante.

Hay que advertir, empero, que no todo lo que suda la prensa extranjera tiene valor real y es de utilidad para el práctico su lectura; pero, aun depurando toda la escoria, es indubitable que cada monografía ó tratado especial que ve la luz para aclarar un punto concreto dentro de una especialidad, significa un paso adelante de la ciencia, que gracias á ellos va perdiendo cada día uno á uno los puntos oscuros con que se defiende de las usurpaciones de los sabios.

Por esto aplaudimos nosotros la costumbre, que se va generalizando entre nuestros jóvenes profesores, de dar á luz, en forma de monografías, el fruto de sus observaciones y el resultado de su experiencia personal, sobre todo tratándose de la especialidad quirúrgica ú operatoria en sus múltiples aplicaciones.

Uno de los que llevan bandera en este punto es, sin asomo de duda, el Dr. D. Francisco Vidal Solares, operador diestro y muy distinguido especialista en el difícil arte de partear, de cuyo mérito hemos tenido ocasión de hablar otras veces en las columnas de la *Crónica*, al ocuparnos en trabajos suyos anteriores análogos al que motiva estas líneas.

El que hoy ofrece al público médico tiene un atractivo de primer orden, por referirse á un orden de dolencias que tienen su asiento en la matriz, á esos tumores ó neoplasias sobre cuyo origen, naturaleza

íntima y forma de extirpación no están todavía muy conformes los primeros especialistas y los grandes operadores de fama europea.

El Dr. Vidal Solares, entregado en cuerpo y alma á estos estudios, y habiendo echado los cimientos de la clínica de estas enfermedades y de su práctica operatoria al lado de operadores de la talla de Pean, Gallard y Pajot, ha tenido el feliz acierto de condensar en su extensa monografía todas las teorías y opiniones de más valía que hoy prevalecen en la ciencia acerca de los tumores de que puede ser asiento la matriz, acompañando una numerosa y por extremo extensa colección de observaciones clínicas, muchas de ellas personales, de cuya atenta lectura pueden sacar gran provecho los médicos que por mera afición especulativa á estos estudios, ó por la necesidad imperiosa de la práctica ginecológica que se impone al profesor en los partidos rurales, echan de menos un guía que les ilustre y señale claramente el derrotero de su conducta en casos análogos á los que se citan en la obra.

La anatomía descriptiva del útero y la patológica, la descripción de los histeromas con respecto á dicha entraña, la división de los tumores en las cuatro clases de intersticiales, sub-mucosos, sub-peritoneales y fibroquísticos, así como su etiología, síntomas, diagnóstico, pronóstico, complicaciones, y el tratamiento, así médico como quirúrgico, de los mismos, y por fin y remate la descripción de las operaciones de histerotomía é histerectomía, hé aquí, en resúmen, el esqueleto del excelente é importantísimo trabajo del Dr. Vidal Solares, cuya crítica metódica y detallada demanda terreno más científico y columnas más dilatadas que las que la *Crónica* puede brindar á esta suerte de trabajos.

No terminarémos, empero, estos renglones sin hacer mención de un caso notabilísimo de un enorme tumor fibroso del útero, de 22 kilógramos de peso, operado por el Dr. Vidal Solares, á presencia de varios profesores, cuyos nombres se citan en la observación, que á dicho acto fueron galantemente invitados y que tomaron en él una parte más ó menos activa.

La enferma murió á las 56 horas después de operada, accidente previsto y que no puede rebajar en un quilate la importancia de la operación ni el mérito indisputable del operador, cuyo mejor elogio está en haber tenido la valiente franqueza, que no todos poseen en los tiempos que corremos, de dar á luz el caso en cuestión, no en los periódicos políticos y al son de charanga y platillos y entre el estruendo del Champagne, segun va siendo uso y costumbre, con notorio detrimento de la formalidad y el decoro que en todas ocasiones deben revestir los actos de la clase médica, sino en un tratado científico, en un libro destinado para los médicos, en la mesa de disección, en una palabra, en donde pueda analizar su trabajo el público médico, el úni-

co á quien debe dirigirse siempre un profesor para que censure sus trabajos.

Cúmplenos tan sólo, pues, felicitar cordialmente al Dr. Vidal por su último reciente trabajo de los fibromas del útero y recomendar su lectura á profesores y alumnos indistintamente.—ENRIQUE GELABERT. —*(Crónica de Cataluña.)*

Con el título de *Contribución al estudio de los fibromas uterinos*, ha publicado el Dr. Vidal Solares un estudio importante que es una verdadera monografía. La dolencia de que trata y que con tanta frecuencia ataca á la mujer terminando con la muerte, era no hace muchos años una de esas enfermedades ante las cuales el médico se cruza de brazos muchas veces por carecer de medios para atajar sus progresos y evitar un desenlace desastroso; pero en la actualidad, merced á los progresos de la medicina operatoria y al ingenio de eminentes prácticos especialistas, se salva la vida á muchas enfermas, triunfando en la lucha el arte médico. La obra del señor Vidal y Solares contiene la relación de numerosos casos clínicos; el índice bibliográfico con que termina puede servir de guía útil para los facultativos que quieran hacer un estudio profundo de dichas enfermedades, y está lujosamente impresa é ilustrada con numerosos grabados que representan varios tumores y el abundante surtido de instrumentos y aparatos de que se sirven los prácticos para las diversas operaciones. Recomendamos su lectura, pues la creemos útil é indispensable tanto para los alumnos como para los profesores.—In. núm. 326 de 1881 del *Diario de Barcelona.*

Con el titulo de *Contribución al estudio de los tumores fibrosos del útero*, nuestro paisano el Dr. F. Vidal Solares ha publicado en francés un trabajo esencialmente práctico y útil para los profesores que se dedican al tratamiento de las enfermedades de la matriz. El Dr. Vidal Solares, después de haber obtenido el doctorado en la universidad de Madrid, pasó á la capital de la vecina República y permaneció cinco años estudiando en la facultad de París, hasta tomar allí nuevamente el grado de doctor. Queriendo dedicarse á la especialidad que nos ocupa y al tratamiento de las enfermedades de niños, asistió al hospital de la Pitié y al servicio del Dr. Gallard cuidó á las enfermas de afecciones de la matriz que se hallaban en aquel recinto. De entre ellas escogió los casos clínicos que en su obra dá á conocer. Este folleto va ilustrado con grabados intercalados en el texto.—(In. núm. 188 del *Diluvio*, 1879).

La obra que tenemos á la vista, escrita en francés y editada por Bailly-Baillérie, de París, es debida á la pluma del ilustrado ginecólogo D. Francisco Vidal Solarés. Dicho profesor ha permanecido por espacio de cinco años en la vecina República, y sin olvidar que al dedicarse á estudios de predilección, es necesario, de antemano, poseer bien los conocimientos generales del arte de curar, sin los que los estudios especiales serían absolutamente estériles, determinó graduarse de doctor en este centro científico europeo, para cuyo objeto tuvo que examinarse de las asignaturas que exigen á todo alumno francés.

El objeto de esta interesante publicación es esencialmente práctico, demostrándonoslo las varias observaciones que encierra y que el autor ha sabido elegir de entre las numerosas enfermas que se hallaban á su cargo durante su permanencia en calidad de externo en el hospital de la Pitié, servicio del Dr. Gallard, el cual se halla destinado á las diversas afecciones de la matriz.

El Dr. Vidal Solares divide su tratado en cuatro capítulos. En el primero se ocupa de la estructura de la matriz, describiendo con suma atención y esmero los tres planos que forman dicho órgano, ó sean las túnicas externa ó serosa, la media ó muscular, la interna ó mucosa, y los varios vasos, nervios y tejido conjuntivo de tan importante víscera.

En la segunda parte se ocupa, con la importancia que el asunto requiere, de la *Anatomía patológica*, dando el autor esplicaciones varias para el buen estudio del exámen *macroscópico* y *microscópico* de los tumores del útero; para la mejor comprensión del estudio histológico, hánse colocado varios grabados en este capítulo.

Más adelante estudia la definición de los referidos tumores y su volúmen, citando varios ejemplos de un peso desde 300 gramos hasta 60 y 80 libras con la única diferencia, que estos últimos suelen ser únicos y los primeros múltiples; comprende también este capítulo la variedad de tumores fibrosos del útero, dando el autor una definición tan clara como concisa de cada uno de ellos; á la par que los representa sucesivamente con magníficos grabados, que los cirujanos Barnes, de Lóndres, y Péan, de Paris, han facilitado al autor.

El capítulo tercero es quizás uno de los más interesantes de la obra; el Dr. Vidal se ocupa en él extensamente de los síntomas, diagnóstico, pronóstico, frecuencia, marcha, duración, terminación y complicaciones de esta frecuente enfermedad.

A continuación expone el Sr. Vidal Solares la influencia que ejercen estos tumores en los partos, citando numerosos ejemplos para probar que en muchas circunstancias suelen ser causa de la esterilidad que aquejan varias mujeres; también cita varias observaciones perso-

nales recogidas en el hospital de partos de París para evidenciar que en la mayor parte de casos, dichos neoplasmas contribuyen á hacer laboriosos los partos.

En el último capítulo se ocupa del tratamiento médico y quirúrgico de esta afección; y aconseja el uso de las inyecciones hipodérmicas de ergotina para cohibir esas molestas y graves hemorragias que padecen las enfermas; la faradización de dichos neoplasmas, etc., etc., en el tratamiento quirúrgico, aconseja la extirpación de dichos tumores por las vías ordinarias, siempre y cuando la extracción sea completa, prefiriendo practicar la histerotomía cuando el tumor se halla muy desarrollado y la vida de la enferma peligra.

Examinemos los diversos tiempos de que se compone esta operación.

Primer tiempo.—*Incisión de las paredes abdominales: abertura de la cavidad peritoneal.*—El operador traza sobre la línea mediana la marcha que debe seguir el bisturí y determina la longitud de la incisión; ésta varía segun el volumen del tumor.

Abajo, la incisión debe detenerse á uno ó dos centímetros encima del púbis, al paso que arriba llega hasta el ombligo, como tambien hasta el apéndice xifóides en los casos de tumores muy voluminosos.

La sección de los diversos planos que componen la pared abdominal, es practicada capa por capa, hasta llegar al nivel de la hoja parietal del peritoneo.

Segundo tiempo.—*Reducción del tumor.*—Si éste puede extraerse fácilmente por la abertura practicada en el abdómen, aconseja el autor pasar inmediatamente al tercer tiempo de la operación: cuando el neoplasma esté constituido por varios quistes, se irán puncionando á medida que se presenten al cirujano, con el solo objeto de disminuir su volúmen, sí, al contrario es completamente sólido, será necesario proceder al método descrito por el eminente cirujano de *Saint-Luís*, M. Péan, bajo el nombre de *par morcellement*, que consiste en atravesar la parte media del tumor, y si esta no es posible su parte más accesible, con fuertes hilos metálicos (generalmente bastan dos ó tres); los hilos van apretándose con ayuda de los *aprieta-nudos*, con objeto de interrumpir la circulación en toda aquella parte que se encuentra situada por encima de las ligaduras, y se corta impunemente toda la porción del tumor situado arriba de ellas.

Tercer tiempo.—*Rotura de las adherencias, extracción del tumor.*—No es sólo el volúmen del tumor el que presenta obstáculo á su salida de la cavidad abdominal, pues puede hallarse sujeto por las adherencias contraidas ya con las paredes abdominales, ya con los órganos contenidos en la pélvis.

Cuarto tiempo.—*Ligadura del pedículo, sección del tumor.*—Una

vez que el tumor ha franqueado los labios de la herida, se debe proceder á su amputación; para ello, conviene aplicar inmediatamente debajo de la parte que se quiere seccionar, una ó dos ligaduras suficientemente apretadas, con el fin de impedir toda efusión de sangre hácia la cavidad peritoneal.

Separado así el pediculo del tumor que nutría, se puede ó bien atraerlo hácia el ángulo inferior de la incisión y ahi conservarlo, ó bien abandonarlo en la cavidad abdominal. Para mantenerlo fijo en el ángulo inferior de la incisión basta atravesar la parte que sobresale al exterior con dos agujas largas y dispuestas en cruz, interesando los tegumentos del abdómen, para que de este modo sea imposible la entrada del pedículo en la cavidad abdominal.

Quinto tiempo.—*Sutura de la pared abdominal.*—El Dr. Péan emplea dos clases de suturas para reunir los labios de la incisión abdominal; una profunda destinada á conseguir la coaptación y reunión de los planos fibro-musculares y subcutáneos; la otra superficial, no intesandó no más que la piel. Esta série de suturas ó asas profundas y superficiales las hace de arriba abajo; para las profundas emplea hilos de seda, y para las superficiales, que no deben interesar al peritoneo, alfileres que deben servir para unir los bordes por medio de hilos ensortijados.

La obra del Dr. Vidal Solares está ilustrada con 21 grabados intercalados en el texto; está escrita con sobriedad y método; no dudamos que dicho autor ha dotado á la literatura médica francesa con una obra digna por su mérito de figurar en la biblioteca de los médicos ginecólogos en particular, y *en general* en la de todo facultativo; siendo, además, una prueba de los profundos conocimientos y gran laboriosidad de su autor —P. SEREÑANA.—(*Independencia Médica*, núm. 8 del año xv.)

ÍNDICE

EXPLORACIÓN EXTERNA DE LA MATRIZ

EXPLORACIÓN INTERNA

EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD DEL ÚTERO

DE LA CIRUGÍA MENOR EN GINECOLOGÍA

CAPÍTULO I

EMISIONES SANGUÍNEAS

CAPÍTULO II

INYECCIONES.—IRRIGACIONES LÍQUIDAS Y GASEOSAS.—DUCHAS VAGINALES

CAPÍTULO III

CURACIONES UTERINAS Y VAGINALES

CAPÍTULO IV

CURACIONES DE LA VULVA

CAPÍTULO V

CAUTERIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO

CAPÍTULO VI

DISLOCACIONES DEL ÚTERO

CAPÍTULO VII

MEDICACIÓN INTRA-UTERINA

Pág.





